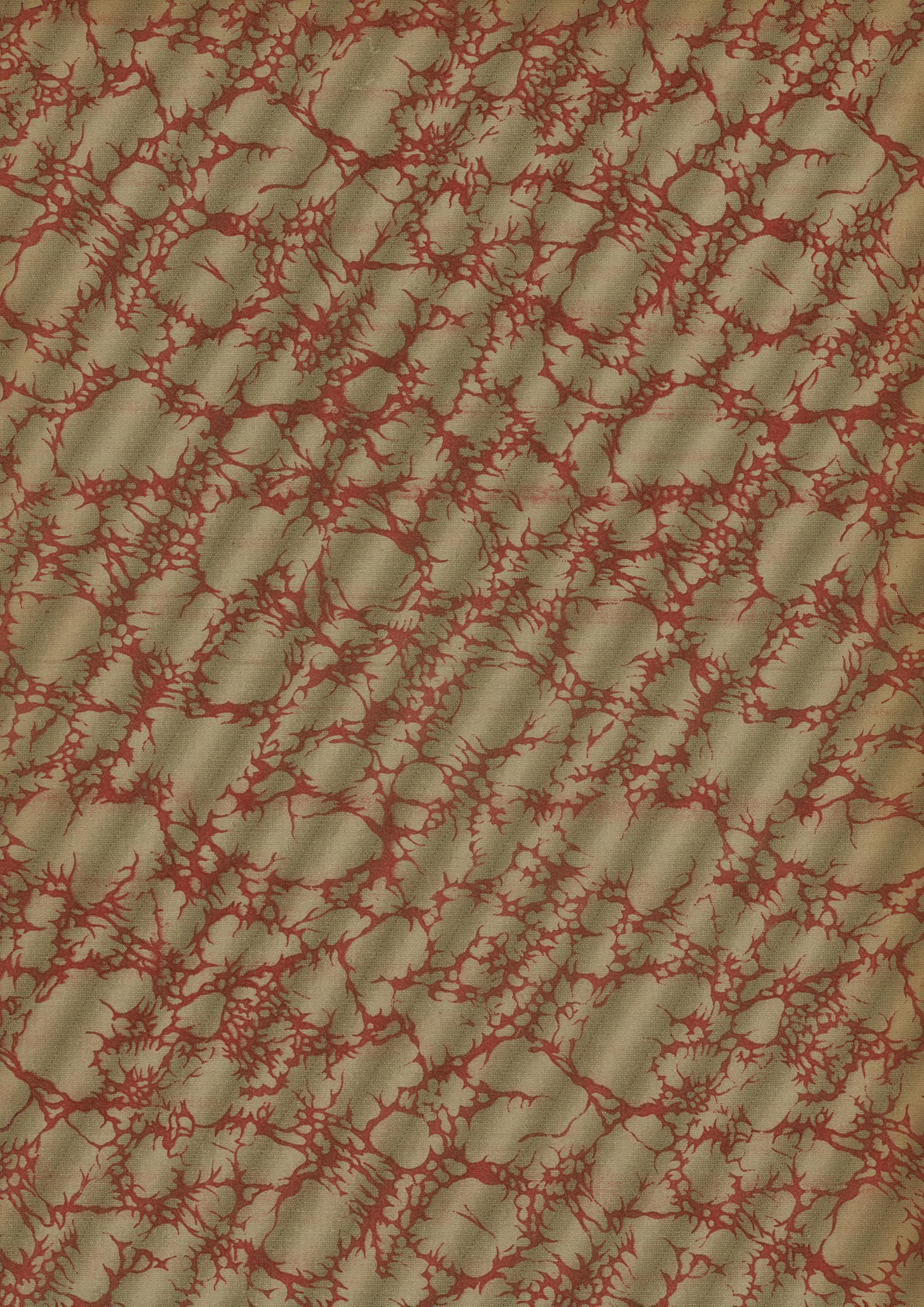

BIBLIOTHÈQUE
de la
FACULTÉ DE MÉDECINE
SP





25 90130

Nos 1-2. — 1-4 JANVIER 1941 114e ANNÉE 90130 Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	*Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93 - VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Mouvements et mutations entraînés dans le personnel médical par suite des vacances survenues pendant le cours des années 1939-1940. Ordre chronologique jusqu'au 26 décembre 1940 :

Modification au tableau des mutations dans les services et consultations de chirurgie. — M. le Dr Redon est affecté, en qualité de Chef de la Consultation de chirurgie à l'hôpital Saint-Louis, aux lieu et place de l'hôpital Tenon.

M. le Dr Deniker est affecté, en qualité de Chef de la Consultation de chirurgie à l'hôpital Tenon, aux lieu et place de l'hôpital Saint-Louis.

CONSULTATIONS DE STOMATOLOGIE. — 1° A l'hospice de la Salpêtrière (remplacement de M. le Dr Guilly, atteint par la limite d'âge), M. le Dr L'Hirondel de l'hôpital Beaujon.

A l'hôpital Beaujon (remplacement de M. le Dr L'Hirondel). Néant (consultation fermée).

2° A l'hospice de Brévannes (remplacement de M. le Dr Nespoulous, atteint par la limite d'âge), Mme le Dr Papillon-Léage.

3° A l'hôpital Saint-Louis (remplacement de M. le Dr Schaefer, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Richard de l'hôpital Lariboisière.

A l'hôpital Lariboisière (remplacement de M. le Dr Richard. Néant (consultation fermée).

4° A l'hôpital de la Pitié (remplacement de M. le Dr Gérard-Maurel). Néant (consultation fermée).

ORGANISATION DES CONSULTATIONS DE STOMATOLOGIE à compter du 26 décembre 1940. — *Consultations quotidiennes.* — Hôtel-Dieu : chef de service, M. Raison ; adjoint, M. Friez ; assistant, Mme Cernéa. — Pitié : (consultation fermée). — Saint-Antoine : ch. de s., M. Thibault ; adj., M. Marie ; ass., M. Géré. — Necker-Enfants-Malades : ch. de s., M. Gornouec ; adj., M. Lepoivre ; ass., M. Mesnard. — Cochin : ch. de s., M. Lattes ; adj., M. Vrasse ; ass., M. Valtat. — Beaujon : (consultation fermée). — Lariboisière : (consultation fermée). — Tenon : ch. de s., M. Lacronique ; adj., Mme Chaput ; ass., M. Fromaigeat. — Laënnec (provis.) : ch. de s., M. Darcissac ; adj., M. Maleplate ; ass., M. Parant. — Saint-Louis : ch. de s., M. Richard ; adj., M. Henault ; ass., M. Hennion. — Enfants-Assistés : ch. de s., M. Dechaume ; adj., M.. Cauhèpe ; ass., M. Malingre. — Trousseau : ch. de s., M. Lemerle ; adj., M. Bornet. — *Centre de prothèse.* — Salpêtrière : ch. de s., M. L'Hirondel ; adj., M. Gencel ; ass., MM. Mercat, Chuffart. — *Consultations bi ou tri-hebdomadaires.* — Bichat (policlinique du boulevard Ney) : ch. de s., M. Fleury. — Broussais : ch. de s., M. Crocquefer. — Boucicaut : ch. de s., M. Houzeau. — Vaugirard : ch. de s., M. Vilensky. — Bretonneau : ch. de s., M. Izard. — Hérold : ch. de s., M. Lebourg. — Bicêtre : ch. de s., M. Lacaisse. — Brévannes : ch. de s., Mme Papillon-Léage ; ass., MM. Franck, Cancanas. — Ambroise-Paré : ch. de s., M. Béliard (honoraire). — Garches : service assuré par M. le Dr Marie de l'hôpital Saint-Antoine.

Instruction Publique. — M. Jacques Chevalier, ancien dire[ct]eur
de la Faculté des Lettres de Grenoble, récemment secrétaire
général à l'Instruction Publique a été nommé ministre ...ipert.
d'Etat à l'Instruction Publique, en remplacement de M

...é de l'armée
Guerre. — *Une section d'études du service de* ...ant directement
est instituée en tant qu'établissement spécial re...ection du service
du ministre secrétaire d'Etat à la guerre. (...
de santé.)

...entes questions qui lui
Cette section chargée d'étudier les diff...nd organiquement : une
seront soumises par le ministre comp... sous-direction spécialisée
section de médecine comportant ... prophylaxie métropolitaines et
dans les questions d'hygiène et d...le ; une section de chimie ; une
coloniales ; une section de chir...ction de statistique et de conten-
section administrative ; une
tieux médical.

... dirigée par un médecin général ou
La section d'études ... personnel fixe et pouvant faire appel à des
colonel disposant d'un
consultants.

Le directeur a toutes les attributions d'un chef de corps. La section d'études constitue d'autre part un établissement autonome qui s'administre lui-même.

(*J. O.*, 23 décembre 1940.)

Inspections du service de santé. — Le *J. O.*, du 23 décembre, publie un arrêté portant création de deux inspections techniques du service de santé : l'inspection d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée et l'inspection des services chirurgicaux. Chacune de ces inspections est confiée à un médecin général inspecteur ou à un médecin général. L'un d'eux a, en outre, pour mission de documenter le ministre sur la situation générale du service de santé et sur ses besoins ; il remplit à ce titre les fonctions d'inspecteur du service de santé.

La séance annuelle de l'Académie des Sciences a eu lieu dans l'intimité, le 23 décembre. La réunion s'est tenue dans la salle habituelle de l'Académie française. Aucune invitation n'avait été lancée.

M. le professeur Hyacinthe Vincent, président pour 1941, présidait en l'absence du général Perrier, président pour 1940. Après la proclamation des prix, M. le président Vincent a prononcé l'éloge des membres disparus pendant le cours de l'année ; les docteurs Edouard Branly et Desgrez ; J.-L. Breton, Laubeuf, le père des sous-marins, Lecornu (de Caen), Weiss (de Strasbourg). Il a terminé son discours par un charmant éloge de la vieillesse.

M. le Secrétaire perpétuel A. Lacroix consacra enfin une notice aux travaux des botanistes français dans l'Afrique du Nord.

Cours de la Faculté de Médecine. — Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. — Le professeur Laignel-Lavastine, avec ses collaborateurs, commencera son *Cours de Psychiatrie élémentaire en un mois*, le *vendredi 3 janvier 1941, à 9 heures*, à l'amphithéâtre de la Clinique, 1, rue Cabanis.

Programme du cours. — Vendredi 3 janvier 1941 : Introduction à la psychiatrie, M. Laignel-Lavastine. — Samedi 4 janvier : L'examen clinique en médecine mentale. Séméiologie, M. Delay. — Lundi 6 janvier : Les Oligophrénies, M. Heuyer. — Mardi 7 janvier : Manie, mélancolie, psychose maniaco-dépressive, M. Vidart. — Jeudi 9 janvier : Confusion mentale. Psychoses toxi-infectieuses aiguës, M. Mignot. — Vendredi 10 janvier : Confusion mentale. Psychoses toxi-infectieuses aiguës (*suite*), M. Mignot. — Samedi 11 janvier : Les obsessions. La Psychasténie, M. Heuyer. — Lundi 13 janvier : Psychoses paranoïaques, M. Durand. — Mardi 14 janvier : Psychoses paranoïdes. Paraphrénies, M. Durand. — Jeudi 16 janvier : Schizophrénie et démence précoce, M. Vidart. — Vendredi 17 janvier : La syphilis à forme mentale. P. G. S. cérébrale, M. Delay. — Samedi 18 janvier : Les démences, M. Neveu. — Lundi 20 janvier : Epilepsie, M. Maurice. — Mardi 21 janvier : Hystérie-Pithiasisme, M. Ménanteau. — Jeudi 23 janvier : L'alcoolisme mental, M. Delay. — Vendredi 24 janvier : Toxicomanies, M. Desoille. — Samedi 25 janvier : Déséquilibre psychique. Perversions, M. Mignot. — Lundi 27 janvier : Réactions anti-sociales des aliénés, M. Desoille. — Mardi 28 janvier : Législation des aliénés. Rédaction des certificats, M. Desoille. — — Vendredi 31 janvier : Psychiatrie infantile, M. Parcheminey. — Vendredi 31 janvier : Psychiatrie infantile, M. Heuyer.

Le professeur Laignel-Lavastine reprendra à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, à l'hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, ses leçons avec présentation de malades le *mercredi 8 janvier 1941, à 10 heures*.

Sujets des leçons. — Le 8 janvier 1941 : Une heure avec Esqui-[illegible] (en l'honneur de son centenaire). — 15 janvier : Les troubles d'étra[illegible]résentification. — 22 janvier : Valeur clinique du sentiment [illegible]té. — 29 janvier : Valeur clinique du sentiment d'alerte.

Chaire [illegible] hydrologie thérapeutique et de climatologie. — Professeur : [illegible] Chiray ; agrégé : L. Justin-Besançon.

Semestre d[illegible]er. — Enseignement théorique au petit amphithéâtre de la F[illegible]lté, à partir du *vendredi 3 janvier 1941, à 18 heures*, puis les [illegible]ndredis et lundis à la même heure.

Démonstrations d'[illegible]rologie clinique, par le professeur agrégé L. Justin-Besançon, le [illegible]di à 11 heures, dans le service du professeur M. Chiray, à l'hôp[illegible]l Bichat.

Clinique de la tubercul[illegible], hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres. Professeur : M. Jean T[illegible]sier.

M. M. Bariéty, agrégé, médecin [illegible] des hôpitaux, et M. G. Brouet, agrégé, feront, durant les mois de [illegible]anvier, février, mars 1941, dix leçons sur :

Quelques problèmes fréquents dans le [illegible]gnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte (avec démonstrations pratiques).

Ces cours auront lieu le dimanche matin à [illegible] heures 30, à la *salle des cours de la Clinique de la tuberculose* ([illegible]pital Laënnec, 42, rue de Sèvres), à partir du dimanche 26 janvier.

Institut d'hygiène et d'épidémiologie. — Enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène (cours de perfectionnement) sous la direction de M. L. Tanon, professeur d'hygiène, et de M. P. Joannon, agrégé. Sous-directeur : M. Ph. Navarre ; chef des travaux : M. Marcel Clerc ; assistants : MM. Matruchot et Crépin.

Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés comprend :

1° Une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° une série de conférences d'hygiène et d'épidémiologie ; 4° des séances d'instruction dans divers services hospitaliers et des visites d'installations d'hygiène.

Il commencera le 3 janvier, à 14 heures et demie pour la bactériologie, et le 3 mars, à 14 heures et demie, au laboratoire d'hygiène, pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il durera jusqu'à mi-juin, et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme.

Seront dispensés des travaux pratiques préliminaires de bactériologie, les élèves qui produiront le certificat des cours spéciaux de bactériologie des Facultés et Ecoles de médecine. Seront dispensés des travaux de bactériologie et de parasitologie les élèves qui produiront le certificat de l'Institut Pasteur de Paris, ou celui du Val-de-Grâce, ou le diplôme d'un Institut de médecine coloniale de France.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Amphithéâtre d'anatomie des hopitaux. — (M. le Docteur Jean Braine, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques).

Conférence d'anatomie pathologique médico-chirurgicale pratique (avec projections), par M. le Docteur P.-A. Nicaud, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à l'amphithéâtre des hôpitaux.

Ces conférences, en dix séances, auront lieu à partir du *14 janvier 1941*, deux fois par semaine, les mardis et samedis, à 17 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

La première leçon aura lieu le mardi 14 janvier, à 17 heures.

Ces conférences sont plus spécialement réservées aux internes et anciens internes des hôpitaux de Paris. Elles seront gratuites pour les externes et les internes en exercice. Pour les docteurs en médecine, le droit d'inscription sera de 300 francs. Le nombre des auditeurs n'est pas limité.

Prière de s'inscrire avant le 12 janvier, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Cours de l'Institut de Criminologie de la Faculté de Droit. — Le professeur Laignel-Lavastine commencera son cours de *Psychiatrie médico-légale élémentaire* à la Faculté de Droit, le *vendredi 3 janvier 1941, à 11 heures*. Amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les vendredis à la même heure.

Programme du cours. — Vendredi 3 janvier 1941 : Expertise psychiatrique. — Vendredi 10 janvier : Capacité pénale. — Vendredi 17 janvier : Réactions anti-sociales des alcooliques. — Vendredi 24 janvier : Réactions anti-sociales des toxicomanes. — Vendredi 31 janvier : Réactions anti-sociales des délirants. — Vendredi 7 février : Réactions anti-sociales des déments. — Vendredi 14 février : Réactions anti-sociales des périodiques, des épileptiques et des hystériques. — Vendredi 21 février : Réactions anti-sociales des paranoïaques. — Vendredi 28 février : Réactions anti-sociales des déséquilibrés. — Vendredi 7 mars : L'homicide pathologique. — Vendredi 14 mars : Limites du vol morbide. — Vendredi 21 mars : Attentats aux mœurs. — Vendredi 28 mars : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

Voir la suite des Informations, page 13.

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULd PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

2 médicaments cardiaques essentiels

ACTUALITÉS

POSOLOGIE DE L'OUABAÏNE

Par R. Levent

Depuis notre brève étude parue ici en 1925, la posologie de l'ouabaïne a continué d'attirer l'attention des auteurs : Thiroloix, Antonelli et Bellot et, plus récemment, Lucquin (1). La posologie *per os* s'est sensiblement modifiée ; elle était autrefois basée sur la toxicité étudiée après administration intraveineuse. La prudence n'empêchait pas d'avoir obtenu d'appréciables effets avec des doses très faibles. Grâce à la rapide élimination du médicament et à condition de ramener à leur importance réelle quelques incidents du traitement, la posologie, actuellement acceptée, est moins timide sans témérité.

L'ancienne posologie avait du reste évolué déjà ; la solution au 1/1000e abandonnée avait fait place à la solution à 4 pour 1000 (quatre milligrammes pour L gouttes de la préparation). On assiste à un nouvel élargissement des doses.

Etudes expérimentales. — Les études de Dimitracoff sur le chien, et celles, plus récentes, de Lucquin sur le lapin, animal non sujet au vomissement, ont permis une mesure plus exacte du pouvoir toxique de l'ouabaïne *per os*.

Recherchée par tâtonnements puis par prises massives, la dose mortelle pour le lapin est comprise entre o gr. 85 et 1 gr. 04 par kilogramme, soit 40 fois environ la dose qui tue le même poids d'animal par voie intraveineuse (vingt-trois milligrammes).

On observe uniquement des troubles digestifs : anorexie puis diarrhée ; cette dernière survenant lorsqu'il a été donné o gr. 70 ou davantage par kilogramme et présageant une mort prochaine qui survient au milieu de convulsions.

Les lésions macroscopiques du poumon, du foie et du rein sont uniquement congestives, s'accompagnant dans le poumon d'exsudation plus ou moins abondante. Aspect histologique parallèle. Aucune modification macroscopique ni microscopique appréciable du myocarde ; tout au plus un peu de congestion interstitielle.

L'expérimentation a montré aussi qu'un abaissement de la dose dès l'apparition des premiers signes toxiques suffit en général à éviter la mort de l'animal, l'élimination rapide limitant la durée et la profondeur de l'action nuisible.

Etude clinique. — Dépassant déjà les doses classiques, Dimitracoff avait pu donner jusqu'à 7 milligrammes en 24 heures (solution à 1 milligramme pour XXX gouttes). Lucquin s'est servi d'une *solution à 2 %* (deux centigrammes d'ouabaïne pour L gouttes). En se référant à la toxicité pour le lapin on arriverait, pour un homme de 60 kgr, à une dose toxique de l'ordre de trente centigrammes et un centigramme et demi de solution devrait donner les mêmes résultats thérapeutiques qu'un milligramme intraveineux.

Certains cliniciens avaient, auparavant, déjà atteint les doses de 15 à 20 milligrammes par jour. Il est d'ailleurs prudent de tâter au début du traitement la susceptibilité du malade par des doses prudentes ou même faibles. Chez certains sujets la tolérance a permis d'atteindre quatre-vingt ou quatre-vingt-dix gouttes par jour ; d'aussi fortes doses sont habituellement inutiles ; *cinquante à soixante gouttes*, soit deux centigrammes, suffisent en général chez un sujet de poids moyen à améliorer à la fois signes fonctionnels et signes physiques. La durée pendant laquelle le traitement peut être poursuivi, ne semble avoir pour limite que les nécessités thérapeutiques, la tolérance ne semblant pas diminuer à mesure que le traitement se prolonge.

(1) *Thèse Paris*, 1936.

Mode d'administration. — L'indication cardinale de l'ouabaïne à haute dose administrée par la bouche est l'insuffisance ventriculaire gauche, qu'il s'agisse des conséquences de l'hypertension, de celles d'une insuffisance aortique quel que soit l'âge du sujet, ou enfin d'épuisement myocardique quelle que soit sa cause et à tout âge.

L'ouabaïne peut également être employée chez les polyscléreux avec athérome valvulaire et troubles du rythme.

L'ouabaïne *per os* est indiquée lorsque l'action de la digitale doit être suppléée ou complétée : cas de rétrécissement mitral décompensé avec arythmie où la digitale seule ne suffit pas, cas d'intolérance à la digitale, cas où elle est inefficace. Enfin l'ouabaïne *per os* est indiquée pour les traitements de longue durée ou lorsque pour quelque motif la voie intraveineuse ne peut être employée. Une fois la dose bien établie par rapport aux besoins et capacités du malade, il est à remarquer qu'un traitement a pu être continué sans interruption des semaines ou des mois sans inconvénient.

Résultats. — Les signes fonctionnels sont influencés les premiers bien que moins vite qu'après injections intraveineuses. En deux ou trois jours la dyspnée s'améliore. Les signes physiques sont influencés ensuite mais non jusqu'à disparaître entièrement, en particulier le bruit de galop ; l'amélioration dure tant que dure le traitement. A l'exception des tensions effondrées, qui se relèvent, il y a peu de modifications tensionnelles ; le pouls au contraire reprend un rythme et une fréquence normaux, même au cas d'affection fébrile intercurrente ; peu de modifications de l'électrocardiogramme.

La diurèse s'améliore très vite, atteignant deux litres en moyenne en même temps qu'œdèmes et épanchements se résorbent. L'albuminurie n'est pas un obstacle mais peut au contraire, disparaître, de même que l'hyperazotémie.

Accidents. — Aucun accident grave n'a été observé avec cette méthode.

On a seulement observé des signes digestifs dus non à une imprégnation toxique réelle mais à l'action éméto-cathartique de la drogue : nausées survenant après chaque absorption médicamenteuse et allant rarement jusqu'au vomissement. Jamais de diarrhée, ni de vertiges, ni de troubles du rythme. Il suffit de diminuer la dose pour voir les troubles disparaître sans qu'il soit toujours nécessaire d'aller jusqu'à une suspension même temporaire. Il est à noter qu'après abaissement de la dose la tolérance devient, en quelques jours, meilleure et qu'on peut revenir à la dose d'abord mal supportée et même la dépasser sans observer le retour d'incidents. C'est à cinquante ou soixante gouttes que les sujets sensibles présentent, en général, des troubles digestifs dont la fugacité ne doit jamais être une raison d'interrompre ni d'abandonner le traitement.

L'ouabaïne ainsi employée est donc à la fois efficace et maniable et permet d'instituer des cures d'entretien prolongées qui s'associent heureusement aux cures intraveineuses ou aux cures digitaliques.

LIVRES NOUVEAUX

Le syndrome de désintégration phonétique dans l'aphasie, par Th. Alajouanine, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hospice de Bicêtre ; André Ombrédane, directeur-adjoint du Laboratoire de Psycho-Biologie de l'Enfant à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, et Marguerite Durand, assistante à l'Institut de Phonétique. — Un volume de 140 pages avec 44 figures, 36 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris (6e).

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Les salmonelloses en pathologie infantile

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

On a réuni sous le nom générique de Salmonella un certain nombre de germes qui présentent les caractères bactériologiques essentiels des *Bacillus suipestifer* décrits par Salomon.

Les mieux étudiés de ces microbes furent, tout d'abord, les agents des fièvres paratyphoïdes humaines, isolés par Achard et Bensaud et par Schottmüller, puis étudiés par Brion et Kayser, et par Sacquépée et Chevrel.

A la lueur de ces premiers travaux, on s'aperçut que d'autres germes, décrits antérieurement, appartenaient au même groupe : on y rangea, en particulier, les divers bacilles des empoisonnements alimentaires et le bacille de la psittacose, décrit par Gilbert et Lion; plus tard, on y plaça d'autres bacilles, tels que le virus des rongeurs et le bacille de la septicémie des veaux.

Parmi ces nombreuses espèces, l'agglutination permit d'établir une première division : le bacille de Gaërtner se séparait par des propriétés agglutinantes de toutes les autres Salmonella, y compris les bacilles des empoisonnements alimentaires appartenant au groupe Aertrycke.

Mais les rapports qui unissaient les Salmonnella demeurèrent longtemps imprécis. A l'heure actuelle, on doit accepter qu'il existe, d'une part, le bacille paratyphique B, d'autre part, le bacille d'Aertrycke, dont on ne peut, jusqu'ici, séparer bactériologiquement le bacille de la psittacose, le *B. suipestifer* (*b. du Hog cholera*) et le *B. typhimurium* (1).

A l'heure actuelle, d'après ce qu'écrivait, en 1934, cet éminent bactériologiste, il faut ranger parmi les Salmonella :

1° Le *bacille paratyphique B* ;

2° Le *bacille d'Aertrycke*, dont on ne peut, jusqu'à présent, séparer bactériologiquement ;

3° Le *bacille de la psittacose ;*

4° Le *bacille de Gaërtner*, très voisin, aussi, du bacille d'Aestrycke ;

5° Le *bacille suipestifer* (Hog-cholera) ;

6° Les *virus des rongeurs*, dont les plus connus sont :
a) Le virus de Löffler (*S. typhi murium*) ;
b) Le virus Danysz ;

7° Le *bacille paratyphique C.*

Ce sont ces Salmonella dont MM. E. Hormaeche, A. Peluffo et P.-L. Aleppo viennent d'étudier le rôle pathogène chez l'enfant.

Soumettant à l'analyse bactériologique les selles de nourrissons atteints de diarrhée estivale, MM. Hormaeche, C. A. Peluffo et P. L. Aleppo (2) ont trouvé, 23 fois sur 355, des espèces du genre *Salmonella*, qu'ils ont, d'ailleurs, trouvées une fois dans le pus d'un abcès du poumon. Ces découvertes attirèrent leur attention sur le rôle des *Salmonella* en pathologie infantile et les engagèrent dans des recherches bibliographiques peu fructueuses, parce que la plupart des cas sont isolés, disparates et étudiés si incomplètement, au point de vue bactériologique, qu'il est le plus souvent impossible de savoir si les germes rencontrés sont d'origine animale ou humaine; ajoutons que, longtemps, la différenciation de *S. paratyphi* et de *S. typhimurium* se fondait sur des caractères insuffisants. Aussi, depuis mai 1936, nos distingués confrères urugayens ont-ils eu l'idée d'étudier systématiquement et en série les selles de tous les enfants hospitalisés dans leur service, sans tenir compte des troubles qu'ils présentaient. Les examens ont porté, non seulement sur les selles, mais aussi sur le sang, l'exsudat pharyngé, l'urine.

Quelle *technique* ont-ils utilisée ? Quand ils avaient affaire à des produits aseptiques, comme le sang, le liquide céphalo-rachidien, ils se sont contentés de l'ensemencer sur les milieux habituels. Se trouvaient-ils en présence d'un matériel fortement contaminé : selles, exsudat pharyngé, ils se sont adressés à l'isolement direct sur plaques, et aussi à l'enrichissement, un à cinq jours, sur le milieu de Kauffmann au tétrathionate. Ils font l'ensemencement direct en employant quatre plaques pour chaque produit à étudier : la première contenant le milieu modifié de Kristensen et de Jurgens (agar, lactose, saccharose, vert brillant, rouge de phénol), et les trois autres, un milieu à base d'agar-lactose-tournesol. Ils ensemencent abondamment celle-là, riche en produits s'opposant au développement du protéus et de nombreuses espèces de coli, et, sans recharger l'ase, ils étendent ce qui reste sur celles-ci, pour mettre en évidence les bacilles dysentériques qui ne se développent pas sur le milieu de Kristensen et Jürgen.

Le milieu d'enrichissement au tétrathionate de Kauffmann est abondamment ensemencé avec une particule des produits solides, et, s'il s'agit d'urines, avec 2 à 5 centimètres cubes de ce liquide. S'agit-il d'un exsudat pharyngé, on le recueille avec un fil stérile qu'on plonge directement dans le milieu et qu'on frotte ensuite contre les parois du tube.

Pour l'isolement à partir du milieu de Kauffmann, les auteurs utilisent deux plaques du milieu de Kristensen et Jürgen et une d'agar-lactose-saccharose-tournesol. La surface de la dernière est fréquemment envahie par des *proteus :* il faut alors réensemencer les colonies développées sur le milieu de Kristensen-Jurgen et que l'on soupçonne d'appartenir au genre *Salmonella.*

Pour l'identification des espèces isolées, les auteurs ont, dans un précédent travail, isolé quatre types de S. existant en Uruguay et qui ont été acceptés par le Comité des S. de l'Association internationale de microbiologie : *S. montevideo*, *S. berta*, *S. geminara* et *S. carrau.* Ils ont procédé à l'étude des propriétés biochimiques et des réactions sérologiques habituelles.

Sur 1.508 enfants hospitalisés pour des affections diverses, les auteurs ont trouvé les S. dans 177 cas, et, dans 9 de ces cas, deux types de S., soit donc 186 souches. Le tableau suivant indique la fréquence avec laquelle elles ont été rencontrées : *S. typhi murium :* 66 ; *S. new-port :* 53 ; *S. derby :* 16 ; *S. montevideo :* 14 ; *S. anatum :* 10 ; *S. oranienburg :* 8 ; *S. paratyphi B :* 5 ; *S. bredeney :* 3 ; *S. S. cholerae seris*, var. *Kunzendorf :* 2 ; *S. münster :* 2 ; *S. münchen :* 2 ; *S. panape :* 1 ; *S. chester :* 1 ; *S. carrau :* 1 ; *S. geminara :* 1 ; *S. minnesota :* 1.

Le mois où les S. ont paru les plus fréquentes a été le mois de janvier ; l'âge atteint de préférence (près de 60 % des cas), de 0 à 1 an. C'est surtout dans les selles que le germe a été rencontré.

Y a-t-il moyen, grâce à ces documents, de donner une vue d'ensemble de la *pathologie* des S. infantiles ?

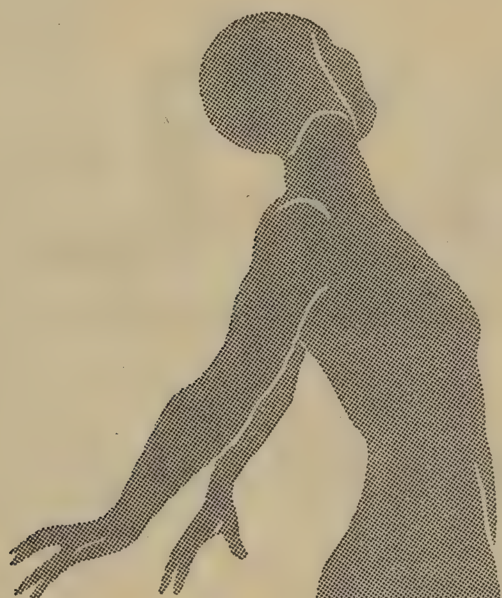
Il en existe trois types.

Syndromes intestinaux.

Dans l'*entérite*, il faut distinguer deux formes, selon que la localisation est basse, colique, avec selles dysentériformes, ou haute, avec selles séreuses : dans les deux, la température est élevée, la répercussion nette sur l'état général.

(1) Sacquépée. *Traité de bactériologie de Nattan-Larrier*, Paris, 1934, II, p. 367-368.

(2) E. Hormaeche, C. A. Peluffo et P. L. Aleppo. Las Salmonellas en patologia infantil, *Archivos de Pediatria del Uruguay*, janvier 1940, p. 8-28.



Dans la *diarrhée simple*, l'état général est conservé, il y a peu de fièvre, les selles sont grumeleuses.

Dans le *troisième groupe* rentrent les cas où l'intégrité des selles contraste avec le mauvais état général.

Il s'agit là d'une classification provisoire, purement clinique.

Les cas de S. observées par les savants uruguayens se divisent ainsi :

Entérite 60
comprenant 35 syndromes dysentériformes, 15 cholériformes, et d'autres, dont 10 « mixtes ».

Diarrhée simple 68

Troisième groupe 15

Sur 148 cas, les A. en ont trouvé 112 où le bacille dysentérique était en cause, et 60 où il s'agissait de Salmonellose. Les premiers représentent donc 33 %, les S., 17,69 %, et les causes inconnues 49,28 % des entérites infantiles. Dans les trois groupes, la mortalité est maxima de 0 à 1 an. Le pronostic est d'autant plus grave qu'il s'agit d'un malade du troisième groupe, où l'entérite est due à une « cause inconnue ». Reconnaissons, toutefois, que le fait d'isoler les S. des selles d'un nourrisson atteint d'entérite ne suffit pas à attribuer à ce germe tous les phénomènes observés, puisqu'on les retrouve chez des sujets atteints de diarrhée simple ou chez d'autres dont les selles sont normales.

Les cas d'entérite avec examen négatif ressortissent sans doute, pour une grande part, à l'action du bacille dysentérique ou de bactéries « ubiquitaires » de faible virulence.

Pour les diarrhées simples, leur interprétation est encore difficile : probablement, les S. sont-elles souvent en cause.

Quant au troisième groupe, il est hétérogène, et on ne peut, actuellement, préciser le rôle qu'y jouent les S.

Angines et otites. Sur 42 examens de l'exsudat pharyngé, 8, avec angine rouge, furent positifs. Les types isolés furent 6 fois la *S. typhi murium ;* 1, la *S. montevideo ;* 1, la *S. Scholerae seris*, var. *Kunzendorf*. Une fois, le type isolé de l'angine fut différent de celui qu'on rencontre dans les selles.

Dans 21 cas d'otite moyenne suppurée, les S. furent trouvées 6 fois ; dans 2, elles existaient aussi dans l'exsudat pharyngé.

Cliniquement, on avait porté trois fois le diagnostic d'entérite, et trois autres, celui de diarrhée simple. Les types de S. isolées furent : 4 fois, la *S. typhi murium;* 1, *la S. montevideo;* 1, la *S. newport*. Deux fois, les S. existaient seules ; deux fois, il s'y associait le *proteus ;* 1 fois, le *pyocyanique ;* 1 fois, les deux. Deux cas hospitaliers donnent à penser que l'infection commence par l'amygdale avant d'envahir l'intestin.

Méningite. Dans deux cas mortels, les A. ont isolé la *S. typhi murium* du liquide céphalo-rachidien.

Septicémies. 8 fois, des S. furent trouvées : 5 fois, la *S. typhi murium ;* 2, la *S. cholera suis*, var. *Kunzendorf* 1, la *S. montevideo*.

Le même germe a été isolé 5 fois des urines (3 fois, la *S. typhi murium ;* 1, la *S. derby ;* 1, la *S. Kunzendorf*), sans qu'il y ait eu de localisation urinaire.

Les réactions d'agglutination. Si l'on adopte comme critère l'agglutination positive de 1/80, le résultat sera le suivant : 16 réactions positives, dans tous les autres négatives. Celles-ci s'observant chez des sujets porteurs d'entérites évidentes, il est vraisemblable que cette réaction n'offre, pour le diagnostic, que peu d'intérêt, fait dû sans doute au développement imparfait, chez l'enfant, du système réticulo-endothélial et au manque de réaction de leur organisme à l'introduction d'antigènes étrangers. Il y a pourtant des cas où elle est utile, et particulièrement ceux où l'on trouve, chez un même sujet, les S. et le bacille dysentérique : une agglutination positive et, surtout, augmentant progressivement, permet de reconnaître l'agent en cause.

Les constatations précédentes permettent aux auteurs d'aboutir à d'importantes considérations nosologiques. Tout d'abord, signalons « l'extraordinaire fréquence » des S., puisqu'ils les ont trouvé 177 fois sur 1.508 cas pris au hasard.

Seconde constatation : les S. interviennent dans les états pathologiques les plus divers et peuvent exister aussi à l'état saprophytique, mais il semble bien que les porteurs chroniques de germes sains soient l'exception.

Il convient sans doute de chercher parmi les animaux le réceptacle du virus : autrement dit, l'origine de la S. doit être la même chez l'enfant que chez l'adulte. Mais leur symptomatologie est distincte. La doctrine de Kiel, d'après laquelle, chez l'adulte, la S. donne lieu seulement à des troubles intestinaux quand elle est d'origine animale, et à une septicémie, quand elle est d'origine humaine, ne s'applique pas au nourrisson. Les individus jeunes sont extrêmement sensibles à l'infection par les S., dont quelques échantillons suffisent à provoquer, chez eux, des états pathologiques, tandis que, chez l'adulte, il faut une contamination massive. Ces états pathologiques se traduisent par une véritable infection, à début lent, à évolution plus ou moins prolongée, avec tendance aux rechutes, et souvent graves, comme le prouvent les chiffres précédemment cités. Pour la diagnostiquer, il faut donc des examens bactériologiques complets.

Quelles *conclusions* tirer de ces cas ?

1° Les infections à S. de l'enfant sont très fréquentes chez les moins d'un an.

2° Les déterminations intestinales peuvent rester latentes (porteur de germes) ou se manifester par des phénomènes suraigus rapidement mortels.

3° Dans la statistique d'entérites des A., les S. figurent pour 17,69 % des cas.

4° La production d'agglutinines spécifiques est fréquente, mais plus tardive que chez l'adulte.

5° Les enfants présentent, à l'égard des S., une sensibilité beaucoup plus grande que l'adulte, et la doctrine de Kiel ne leur est pas applicable.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Fédération corporative

La Fédération Corporative des Médecins de la Région Parisienne est, depuis la dissolution des syndicats médicaux, le seul groupements qui subsiste et qui continue à étudier les questions intéressant la médecine et les médecins.

Dans sa dernière séance, le 13 décembre, elle envisagea plusieurs points sur lesquels elle désirait attirer l'attention de l'Ordre des Médecins : la nécessité d'appliquer au plus vite la loi sur les étrangers pour permettre à nos confrères malheureux de trouver une possibilité d'installation ; celle de réduire autant que possible les charges résultant, pour les médecins, des institutions nouvelles : nous sommes, en effet, à une période où la crise générale frappe durement les professions libérales et où l'obligation légale des allocations familiales apporte encore une charge supplémentaire qui n'est pas négligeable. Enfin, elle a entrepris une étude sur le vaste problème de l'hospitalisation dont certains aspects sont susceptibles de léser les intérêts légitimes de nos confrères.

La Fédération continue donc ses efforts qui seront d'autant plus efficaces qu'elle groupera un plus grand nombre de médecins. Aussi a-t-elle admis, à côté des adhésions collectives des sociétés médicales d'arrondissement, les adhésions individuelles au sujet desquelles on doit s'adresser au Dr Dévé, 15, rue Chernoviz, Paris (16e).

A. Herpin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 28 octobre 1940

Prébenzolisme et hypovitaminose. — M. H. de Balsac, Marcel Perrault et Raymond Roubinet.

Pour la prophylaxie du benzolisme, l'administration d'acide ascorbique, en nature ou sous forme d'aliments riches en ce corps, s'impose, nonobstant tous les dispositifs de technique sanitaire industrielle : interdiction d'emploi du benzène pur à titre de solvant, emploi de solvants à titre aussi faible que possible en benzène, captation effective des vapeurs de solvants.

Action cancérigène de la fraction insaponifiable des foies humains. — MM. Charles Saunié, R. Truhant, P. et M. Guérin.

Séance du 4 novembre 1940

L'influence d'une absorption supplémentaire de glucose dans la respiration de la cellule vivante et la fonction glycogénique. — M. Ph. Joyet-Lavergne.

Séance du 11 novembre 1940

Etude de l'action de l'oxygène sur la production de corps en C^4 et C^2 par un anaérobie strict. — MM. Eug. Aubel et Emile Perdigon.

Séance du 18 novembre 1940

Effets d'un mélange de dipropionate d'œstradiol et de propionate de testotérone sur la différenciation sexuelle de l'embryon mâle du poulet. — M. Albert Raynaud.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 24 décembre 1940

M. le Président annonce le décès de M. Abelous (de Toulouse), associé national, et de M. Lasnet, médecin général inspecteur, membre libre.

Commission du rationnement. — M. Martel, rapporteur, étudie la valeur alimentaire du lait écrémé : 1° le lait écrémé employé seul chez le nourrisson ne peut remplacer le lait entier. Momentanément, il peut avoir des indications. Seul le médecin peut en conseiller et en surveiller l'emploi.

2° Chez l'adulte, il constitue un aliment de complément (fromages, mets divers contenant du lait écrémé). Le cent de calories de lait écrémé coûte 5 à 9 fois moins que le cent de calories de rôti de bœuf.

3° Même s'il a subi la pasteurisation au départ, le lait écrémé ne pouvant pas toujours subir l'ébullition à l'arrivée dans les grands centres doit être conservé de préférence à + 3° et + 4°. Une fois à la cuisine, il doit être utilisé dans un court délai.

4° Il constitue un adjuvant dans la fabrication des biscottes et du pain à l'état de lait en poudre. Le lait sec se conserve bien en milieu sec surtout s'il est comprimé.

M. Martel étudie ensuite la valeur alimentaire du babeurre :

1° Seul le médecin peut conseiller et surveiller l'emploi du babeurre en diététique.

2° Le babeurre est un bon aliment de complément chez les adultes, surtout lorsqu'il est associé aux farineux, au pain, au riz, à la semoule, aux pommes cuites au four et chaudes.

3° Acide, il se prête mal à l'ébullition. Aussi, pendant la cuisson faut-il remuer sans arrêt et opérer de préférence à feu doux.

4° On conserve le babeure (frais ou en boîtes) vers + 3° et + 4°.

5° Les fromages de babeurre sont susceptibles d'affinage. Il en est de même des fromages mixtes préparés avec la caséine de babeurre et le caillé de lait écrémé.

Note clinique sur l'action du froid chez le nourrisson. — MM. L. Ribadeau-Dumas, Chabrun et Walter. — On sait que les organismes jeunes supportent mal le froid, aussi est-il très banal de chercher à en protéger le nourrisson. Cependant ceux-ci en souffent souvent. Les accidents dus au froid sont immédiats ou tardifs. Dans le premier cas, l'enfant est victime du coup de froid brutal, et tombe d'emblée dans le collapsus algide. C'est ce qu'on a vu quelquefois durant le dur hiver de 1939-1940. L'action du froid peut être passagère ou moins grave : il s'agit d'enfants non chauffés ou insuffisamment chauffés ou promenés malgré une température basse, ou tout simplement menés à la consultation. Même bien couvert l'enfant supporte mal l'air froid qu'il inspire ; beaucoup de petits troubles, de vomissements et même de diarrhées disparaissent quand l'enfant est placé dans une atmosphère suffisamment chaude. Les accidents tardifs sont surtout d'ordre infectieux. La statistique d'hiver 1939-1940 montre ce fait très particulier : la morbidité n'est pas plus élevée que les autres années, mais les affections pulmonaires prennent une gravité très grande et dans son ensemble la mortalité est triple de celle qui correspond à l'hiver de l'année précédente.

La protection contre le froid vise les mesures préventives, et aussi la cure du coup de froid ; on connaît très bien la température où l'enfant est en pleine euphorie. On sait que cette température doit être de 19 à 20° pour l'enfant normal, au delà pour les enfants de petits poids. On aura soin aussi de ne pas sortir l'enfant par des températures basses ou d'utiliser des appareils chauffés, s'il y a nécessité et de ne pas oublier que l'air inspiré n'est pas inoffensif.

Enfin, on attachera une très grande importance à l'alimentation, notamment aux graisses, au lait complet, et de bonne heure à l'usage de l'huile de foie de morue.

Production de tumeurs de la rate par action directe de benzopyrine chez le rat blanc. — M. Roussy, MM. M. et P. Guérin.

Dispersion du treponema pallidum chez les souris blanches atteintes de syphilis inapparente. — MM. Levaditi et Rousset-Chabaud.

Election. — Renouvellement des commissions permanentes.

Commissions permanentes 1941. — Hygiène et maladies contagieuses. — M. Vincent, Bezançon, Dopter, Martin, Balthazar, Renault, Marchoux, Brouardel, Lesage, Lesné, Lemierre, Ramon, Debré, Tanon.

Eaux minérales. — MM. Carnot, Tiffeneau, Radais, Le Noir, Rathery, Loeper, Villaret, Polonovski.

Vaccine. — MM. Martin, Petit, Nobécourt, Renault, Couvelaire, Lereboullet, Ramon, Brindeau, Tanon, Guérin.

Hygiène de l'enfance. — MM. Marfan, Nobécourt, Renault, Marchoux, Couvelaire, Lesage, Lesné, Lereboullet.

Sérums. — MM. Martin, Renault, Radais, Brocq-Rousseu, Lemierre, Ramon.

Tuberculose. — MM. Marfan, Bezançon, Sergent, Renault, Brouardel, Rist, Guérin, Ribadeau-Dumas, Lesné, Veau.

Hygiène et pathologie exotiques. — MM. Vincent, Brumpt, Marchoux, Lapicque, Perrot, Rist, Tanon, Vallery-Radot, Godart, Mathis.

Institut Supérieur de Vaccine. — Le Conseil et la Commission de la Vaccine.

Laboratoire de contrôle des médicaments antisyphilitiques. — Le Conseil et MM. Guillain, Tiffeneau, Milian.

Laboratoire des contrôles chimiques, microbiologiques et physiologiques. — Le Conseil et MM. Martin, Carnot, Delépine, Radais, Portier, Ramon, Mayer.

Comité de publication. — MM. Duval, Sergent, Achard, Renault, Brouardel, Baudouin, Claude, Couvelaire.

Commission du dictionnaire. — MM. Roger, Achard, Souques, Hartmann, Faure, Dumas, Lenormant, Villaret, Laignel-Lavastine, Duhamel, Rist, Rouvillois.

Commission des membres libres. — MM. les Membres de la Section et MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Lapicque, Radais.

Commission des associés. — MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Sergent, Faure, Regaud, Lapicque, Duval, Tiffeneau, Roussy, Bertrand.

Vacances du Jour de l'An. — Il n'y aura pas de séance le mardi 31 décembre 1940.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 4 décembre 1940

Un cas de gastrite érosive hémorragique. Gastrectomie d'urgence. — M. P. Duval. — Une femme présente des hématémèses dont la répétition met ses jours en danger. Une gastrostomie montre une érosion gastrique avec piqueté hémorragique sur toute la muqueuse antrale. L'examen histologique confirme l'impression clinique d'ulcérations superficielles en « coup de rabot » de la muqueuse.

M. L. Bazy présente une observation analogue due à M. S. Blondin et M. Chêne.

M. Mouloguet se montre pessimiste sur le sort de ces malades opérés pour gastrite hémorragique ; un cas opéré par lui est mort d'une nouvelle hémorragie survenue six mois après la gastrectomie.

M. Sénèque distingue des formes limitées et des formes diffuses ; dans ces dernières, la gastrectomie s'avère impuissante à faire cesser définitivement l'hémorragie.

Cardio-spasme de l'œsophage. Opération de Heller. Guérison. — M. Sénèque rapporte une observation personnelle d'opération de Heller suivie d'un excellent résultat clinique.

Résultats éloignés des œsophages-cardiotomies extra-muqueuses. — M. Soupault rapporte les résultats éloignés de dix-sept cas opérés par lui. Les constatations opératoires faites sont très variables : lésions de péricardite, épaississement du péritoine, etc., etc. Bien qu'illogique en apparence, l'opération de Heller fournit d'excellents résultats dont M. Soupault présente les images radiologiques post-opératoires.


G
STELVIA
B



M. Banzet a opéré deux cardio-spasmes, dont un cas chez un enfant de deux ans.

M. Desmarest a suivi trois malades atteints de cardio-spasme et auxquels aucune opération n'a été faite et cependant les poussées de dysphagie intermittente ont cessé après différents traitements (anesthésie générale ; dilatations prudentes).

M. Picot a été frappé par l'état inflammatoire de la région cardiaque avec présence de petits ganglions.

M. Moulonguet affirme l'organicité des lésions ; la diminution de calibre du magaœsophage est, en général, importante.

M. Martin a opéré un nourrisson de dix-huit jours chez lequel le cardiospasme semblait en rapport avec une bride allant du foie à l'œsophage.

M. Soupault estime que les dilatations ne donnent pas constamment des guérisons.

Séance du 11 décembre 1940

A propos des sténoses cardiaques dites cardio-spasme. — M. Braine a opéré cinq cas par thoraco-phréno-laparotomie avec succès ; il estime que le rôle du diaphragme est capital dans la pathogénie du cardio-spasme.

A propos du traitement des plaies par les sulfamides. — M. Wilmoth rapporte trois observations d'arthrite purulente guéries par ponctions et injections intra-articulaires, observations dues à M. J.-P. Calvet.

Spondylolyse et spondylolisthésis traités par ostéosynthèse. — Rapport de M. Sorrel sur ce travail dû à MM. Dubau et Bolot. — Le résultat post-opératoire immédiat fut très favorable. Cependant, dans un important travail, Fryber montre que le glissement du spondylolisthésis n'existe pas chez l'adulte ; toutefois la greffe, en bloquant les articulations lombo-sacrées, peut contribuer à la suppression des douleurs, lorsque tout traitement orthopédique a échoué.

De quelques accidents après ostéosynthèses pratiquées avec l'alliage « Isotric ». — M. Magnaut.

Action de l'alliage « Isotric » sur la croissance des fibroblastes cultivés « in vitro ». — M. et Mme Verne. — M. Ménégaux fait un rapport sur ces deux travaux ; il ressort des cultures faites, que l'alliage « Isotric » s'avère légèrement irritant à l'égard des fibroblastes.

M. Picot insiste sur l'intérêt d'enlever le matériel de synthèse dès que la consolidation est obtenue ; on peut observer des accidents très tardifs.

Sur un cas d'entorse du genou. — M. Huet. — A l'intervention on constate une rupture du ligament latéral interne dans sa bandelette antérieure, la bandelette postérieure étant simplement élongée.

Quatre observations d'entorses graves du genou. — MM. Léger et Delinotte. Rapport de M. Huet. — Chez tous ces blessés, une forte laxité articulaire permettait de craindre une rupture du ligament interne. Les constatations opératoires montrèrent soit une rupture, soit un allongement en cas de lésion ancienne.

M. Mondor insiste sur le fait que, chaque fois qu'il a opéré des entorses du genou de gravité moyenne, on a trouvé les lésions décrites par les classiques.

M. Lenormant met en doute l'existence de ces larges déchirures ; il a trouvé à plusieurs reprises des ligaments un peu distendus et élongés.

M. Mondor fait état d'études expérimentales fort intéressantes faites par M. Lebrigand et qui ont permis d'obtenir tous les aspects décrits par les classiques depuis la simple élongation jusqu'à la déchirure complète.

Quatre cas d'abcès musculaires. — MM. Sorrel et J. Enel. — Il s'agissait, dans les quatre cas, de myosites du membre inférieur à staphylocoques ; l'évolution post-opératoire se fit rapidement vers la guérison.

M. Gueulette est élu membre titulaire de l'Académie.

INFORMATIONS

(suite de la page 2)

La vente des sulfamides. — Un décret publié sur le *J. O.* du 20 décembre est ainsi conçu :

« Les dispositions applicables aux produits qui figurent au tableau C annexé au décret du 14 septembre 1916 concernant les substances vénéneuses, modifié par les décrets des 20 mars 1930 et 9 novembre 1937, sont étendues provisoirement aux produits benzéniques sulfurés à groupement sulfamide et aux dérivés azoïques colorés ou non. »

Nécrologie

Le Dr Camille-Louis Vinsonneau, ancien interne des hôpitaux de Paris (1900), professeur de clinique ophtalmologique à l'Ecole de médecine d'Angers.

— Le Dr A.-R. Mauté, ancien interne des hôpitaux de Paris (1898), ancien chef de laboratoire, officier de la Légion d'honneur.

— Le médecin général inspecteur Lasnet, grand'croix de la Légion d'honneur, ancien inspecteur général du service de santé aux colonies, membre de l'Académie de Médecine.

— Pierre Lainé, externe des hôpitaux de Lille, médecine auxiliaire, tombé au Champ d'honneur, le 28 mai 1940, à Haubourdin (Nord).

— Pierre Caillard, médecin sous-lieutenant, tombé au Champ d'honneur le 17 mai 1940, à Aubigny-les-Pothées (Ardennes).

THÉRAPEUTIQUE SAISONNIÈRE

Le traitement des engelures

Les engelures sont observées cette année avec une fréquence surprenante et ceci depuis les premiers froids d'octobre. On les voit non seulement chez des enfants et des adolescents, mais aussi chez des adultes n'en ayant jamais souffert les années précédentes, même au cours des hivers les plus rigoureux.

Dans le déterminisme de cette affection qui, par sa ténacité et ses récidives, constitue parfois une véritable infirmité dont le traitement est trop souvent décevant (la multiplicité des méthodes proposées en est bien la preuve...), plusieurs faits doivent retenir l'attention.

On ne saurait nier le rôle déclenchant du froid qui exagère les troubles circulatoires. L'insuffisance du chauffage de bien des locaux d'habitation peut, dans une certaine mesure, expliquer la fréquence anormale des cas observés. Mais il faut également tenir compte de la notion classique qui fait des engelures l'apanage des enfants et des adolescents « lymphatiques », « scrofuleux », en état de moindre résistance, et il y a lieu de se demander si une carence alimentaire ou vitaminique ne doit pas être invoquée. La carence en vitamine B joue son rôle, ainsi qu'on l'a montré récemment (Champy, Giroud et Coujard), dans l'apparition des « froidures de tranchées » où l'on observe des troubles associés de névrite périphérique. Plus importante peut-être est la vitamine A. Certains rapprochent de ce fait la constatation de formes atypiques d'engelures s'accompagnant l'hyperkératose.

Quoiqu'il en soit, on doit, en pratique, tenter de prévenir l'apparition des engelures chez les sujets prédisposés en leur recommandant de se laver les mains à l'eau aussi chaude que possible, de les sécher parfaitement, de porter des gants chauds, des bas de laine, des souliers larges ne comprimant pas le pied, d'éviter de se chauffer les mains et les pieds en les exposant directement à la chaleur d'un foyer.

Au stade initial érythémateux, il y a lieu d'activer la circulation et de lutter contre la stase sanguine par la méthode biokinétique de Jacquet : plusieurs fois par jour exécuter, pendant plusieurs minutes, des mouvements de flexion et d'extension des doigts et des poignets, les mains étant en élévation. De même, s'il a des engelures des pieds, le malade, couché sur le dos, fera des mouvements de flexion des orteils, des mouvements de pédale. Cette mobilisation active sera suivie de frictions à l'alcool camphré ou de badigeonnage à la glycérine iodée. On aurait aussi obtenu d'excellents résultats avec des frictions au jus de citron.

Lorsqu'apparaissent des fissures ou des ulcérations, on appliquera soit une pommade à base d'huile de foie de morue qui activera la cicatrisation, soit du liniment oléo-calcaire camphré, soit encore d'une pommade au collargol ou à l'ichtyol. On a recommandé souvent le baume du Commandeur ainsi que des pommades à base de tannin et de baume du Pérou, telles que :

Tannin	1 gr.
Baume du Pérou ...	2 gr.
Lanoline	5 gr.
Vaseline	10 gr.

(Comby.)

Rappelons encore les bons effets de bains locaux tièdes d'eau salée, d'eau de feuille de noyer, d'eau oxygénée à 6 volumes (Darier).

En cas de démangeaisons vespérales frictionner avec :

Eau de rose .... }	ââ 50 gr.
Glycérine .... }	
Tannin	1 gr.

puis poudrer avec :

Salicylate de bismuth	10 gr.
Amidon	90 gr.

(Brocq.)

Le traitement général, tant curatif que préventif, comportera l'ingestion d'huile de foie de morue ou de stérols irradiés. Le sirop iodo-tannique, le méthylarsinate de soude, les sels de chaux sont également à recommander. Le chlorure de calcium peut être indiqué en tant que médication anti-fluxionnaire. Enfin, il sera souvent bon de traiter les petits troubles endocriniens associés par l'opothérapie.

L. G.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 3-4. — 8-11 JANVIER 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :



49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	*Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Modifications apportées le 31 décembre au tableau des mutations publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* 1941, n° 1-2.

CONSULTATIONS DE STOMATOLOGIE. — Hospice de Brévannes : M. le Dr Hénault. — Hôpital de Vaugirard : M. le Dr Lebourg.

CONSULTATIONS QUOTIDIENNES. — Hôpital Saint-Louis : chef, M. le Dr Lacronique ; adj., Mme Chaput ; ass., M. Fromaiglat.

CONSULTATIONS BI OU TRIHEBDOMADAIRES. — Vaugirard : M. le docteur Lebourg. — Hérold : Mme le Dr Papillon-Léage. — Brévannes : M. le Dr Hénault. — Ambroise-Paré : M. le Dr Béliard (honoraire) ; ass., Mlle Fruton. — Garches : service assuré par Mme le Dr Chaput, de l'hôpital Tenon.

Faculté de Médecine de Paris. — Ont été nommés chargés de cours de clinique annexe, à titre permanent, à dater du 1er novembre 1940, MM. les agrégés libres Cathala, Chevallier, Fey, de Gaudart d'Allaines, Guy Laroche, Moreau, Moulonguet, Portes, Vignes et Leveuf.

AVIS IMPORTANT. — 1° Les étudiants démobilisés ou rentrés tardivement de la zone libre qui, par suite des circonstances, n'ont pu bénéficier que d'une seule session d'examen en 1939-1940 et qui auraient des échecs à réparer sont invités à consigner d'urgence et en tout cas avant le 8 janvier, en vue d'être mis en série pour une session spéciale d'examen qui aura lieu du 13 au 22 janvier ; 2° Les étudiants démobilisés ou rentrés tardivement dans leur Faculté d'origine en raison des difficultés matérielles de communication et qui ont échoué à la 2e session d'examen sont autorisées à se présenter à une session spéciale *sous la réserve suivante :*

N'avoir qu'une seule matière à réparer et avoir obtenu pour l'ensemble des autres matières une *moyenne d'au moins 6 sur 10.* Cette session aura lieu du 23 au 31 janvier. Consignation jusqu'au 11 janvier inclus.

Faculté de Marseille. — M. Cornil a été renouvelé doyen pour trois ans, du 1er octobre 1940.

Faculté de Toulouse. — M. Caubet a été nommé professeur honoraire.

Secrétariat général à la Famille et à la Santé. — Le *J. O.* du 26 décembre 1940 publie des décrets relatifs aux attributions et au statut des délégués régionaux à la famille ; des inspecteurs et inspecteurs adjoints administratifs de l'assistance ; des inspecteurs et inspecteurs adjoints de l'enfance (p. 6278 à 6280).

Le *J. O.* du 1er janvier 1941 publie un arrêté précisant que M. le Médecin-Colonel Clavelin, professeur au Val-de-Grâce, directeur régional à la Famille et à la Santé, exercera ses fonctions dans la région comprenant le Rhône, la Loire et l'Ain. Il résidera à Lyon.

Secrétariat général à l'Information. — Notre éminent confrère et ami, le professeur Georges Portmann (de Bordeaux), sénateur de la Gironde et vice-président de l'Association de la Presse Médicale française vient d'être nommé secrétaire général à l'Information. Il avait précédemment fait partie de la commission de l'armistice.

Académie des Sciences. — PRIX ET SUBVENTIONS ATTRIBUÉS EN 1940.

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — Prix Montyon. — Trois prix de 2.500 francs sont décernés :

— A MM. Léon Binet, membre de l'Académie de Médecine, Strumza et Mlle Madeleine Bochet, pour leur ouvrage intitulé : *L'anoxémie. Ses effets. Son traitement. L'oxygénothérapie ;*

— A MM. Georges Jeanneney, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, et Guy Ringenbach, interne des Hôpitaux de Bordeaux, pour leur *Traité de la transfusion sanguine ;*

— A M. Jean Roche, professeur à la Faculté de Médecine de Marseille, pour ses travaux relatifs à la biochimie normale et pathologique de l'ossification et ses fractures.

Prix Barbier (2.000 francs). — Le prix est décerné à M. François

Rathery, membre de l'Académie de Médecine, pour son ouvrage intitulé : *Néphropathies et néphrites. Leçons cliniques.*

Prix Bréant. — Un prix de 5.000 francs est décerné à M. Christian Champy, membre de l'Académie de Médecine, pour ses travaux sur la gelure des pieds.

Prix Godard (1.000 francs). — Le prix est décerné à MM. André Hovelacque, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et Jean Turchini, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, pour leur ouvrage intitulé : *Anatomie et histologie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme.*

Prix Bellion (1.400 francs). — Le prix est décerné à M. Paul Fleuret, vétérinaire, pour ses recherches sur le problème de la gélification et son application à la pratique des conserves de viande dans l'Armée.

Prix du baron Larrey (1.000 francs). — Le prix est décerné à M. Célestin Sieur, médecin général inspecteur, pour son mémoire sur *Le Service de Santé pendant la guerre de* 1914-1918.

Prix Jean Dagnan-Bouveret (15.000 francs). — Le prix est décerné à M. Marcel Lisbonne, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, pour l'ensemble de ses travaux relatifs à la Fièvre ondulante.

Physiologgie. —Prix Montyon (1.500 francs). — Le prix est décerné à M. Dario Acevedo, professeur aux Facultés de Médecine et des Sciences de Lima, pour ses travaux de pharmacodynamie.

Prix L. La Caze (10.000 francs). — Le prix est décerné à M. Henry Cardot, professeur à la Faculté des Sciences de Lyon, pour ses travaux sur l'excitation électrique.

Prix Pourat (2.000 francs). — Le prix est décerné à M. Jean Giaja, professeur à l'Université de Belgrade, auteur d'une série de travaux sur la chaleur animale et la Thermorégulation.

Prix généraux. — Prix Lallemand (1.800 francs). — Le prix reporté de 1939 est décerné à M. Frédéric Bremer, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Bruxelles, pour ses travaux sur les mécanismes fondamentaux du système nerveux.

— Le prix de 1940 est décerné à M. Paul Chauchard, préparateur à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, pour son ouvrage intitulé : *Les facteurs de la transmission ganglionnaire. Analyse chronaximétrique.*

Prix Maujean (2.000 francs). — Le prix reporté de 1939 est décerné à M. Constantin Toumanoff, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Saïgon, pour ses recherches sur les anophèles et la protection animale antipaludique.

Prix Saintour : Sciences physiques (3.000 francs). — Le prix est décerné à M. Emile Perrot, membre de l'Académie de Médecine, pour ses travaux de botanique coloniale et son ouvrage : *Les matières premières usuelles du règne végétal.*

Prix Marquet : Sciences physiques (5.000 francs). — Le prix est décerné à M. J.-André Thomas, maître de conférences à l'Ecole des Hautes Etudes, pour ses travaux sur *Les transformations, la multiplication et la spécificité des cellules hors de l'organisme.*

Fondations spéciales. — Fondation Lannelongue (2.000 francs). — Les arrérages de la fondation sont attribués à Mme Gabriel Cusco.

Prix généraux. — Prix Houllevigue (4.000 francs). — Le prix est décerné à M. Antoine Giroud, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, pour ses recherches sur l'acidité ascorbique ou vitamine C.

Prix Lonchampt (4.000 francs). — Le prix est décerné à M. Raoul Lecocq, directeur du Laboratoire de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye, pour son ouvrage intitulé : *Déséquilibres alimentaires nutritifs et humoraux.*

Prix Jules Wolff (1.000 francs). — Le prix est décerné à M. Yves Raoul, pharmacien-chef de l'Hôpital de Saint-Denis, pour ses travaux de chimie biologique et particulièrement l'origine de l'hordénine.

Prix du général Muteau : Sciences physiques (20.000 francs). — Le prix est décerné à M. Edmond Sergent, membre de l'Académie des Sciences, directeur de l'Institut Pasteur d'Algérie pour l'ensemble de ses travaux.

Fondation Loutreuil. — Subvention de 4.000 francs à M. André Rochon-Duvigneaud, ophtalmologiste honoraire des Hôpitaux de Paris, pour la publication de son ouvrage sur l'anatomie et la physiologie comparées de l'organe visuel chez les vertébrés.

Fondations Villemot et Carrière. — Subventions : 10.000 francs à Mme Nadine Dobrovolskaia-Zavadskaia, chef du Laboratoire des recherches expérimentales sur le cancer de l'Institut du Radium de l'Université de Paris, pour ses recherches de cancérologie et de radiobiologie.

— 6.000 francs à M. Jean-André Thomas, chef du Laboratoire de cytologie expérimentale à l'Insitut du Radium, pour ses recherches sur la survie et l'histo-physiologie des tissus normaux et cancéreux.

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — *Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale.* — M. le Prof. E. Brumpt a commencé le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le *mardi 7 janvier 1941, à 16 heures*, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Chaire de physique médicale (Prof. André Strohl, chargé de cours de radiologie clinique, M. R. Ledoux-Lebard) et Institut du Radium (MM. Debierne et Lacassagne).

Un cours d'enseignement de la radiologie et de l'électricité médicale organisé avec la collaboration de médecins électroradio-

Voir la suite des Informations, page 38.

CHRONIQUE

Médecine préventive

Dans un article fort intéressant du *Journal de Médecine de Bordeaux* (2-7-16 novembre 1940), M. le Professeur agrégé F. Piéchaud expose l'orientation nouvelle qu'il souhaiterait de voir donner à l'enseignement de l'hygiène dans les Facultés : « Le corps médical n'a pas échappé à cette léthargie qui a frappé nos cadres administratifs, confortablement établis dans un ordre désormais périmé », stérilisant les efforts, réduisant à néant toutes les initiatives.

Aussi importe-t-il actuellement, non seulement de rajeunir nos institutions, mais encore d'orienter l'esprit des jeunes et de les rendre aptes à collaborer au programme nouveau de régénération nationale.

Dans le domaine de l'hygiène, à l'état statique à base d'assistance sociale, il faut substituer l'esprit de médecine préventive.

Il ne s'agit plus de constater en hygiène ce qui est, mais d'enseigner et de vouloir réaliser ce qui doit être mieux.

Ceci nécessite un enseignement à la fois théorique et pratique :

La prophylaxie générale, la prophylaxie des maladies infectieuses et professionnelles, la prévention contre la tuberculose, le cancer, les maladies vénériennes et l'alcoolisme, la protection de l'enfance, l'étude pratique des services d'hygiène départementaux et urbains, des notions précises en matière d'hygiène internationale, de prophylaxie alimentaire, d'urbanisme, d'eugénisme, l'étude pratique de la loi des assurances sociales, telles sont les grandes lignes d'un enseignement qui mettra le jeune médecin à même de connaître, juger, critiquer l'hygiène de la ville ou des campagnes et d'être le conseiller de tous pour le maintien de la santé et le développement de la race française. Tâche immense qui donnera demain, à la chaire de médecine préventive, une place des plus importantes dans nos Facultés.

L. G.



MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
COLITIQUE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif anticolibacillaire* Adopté par les Hôpitaux et le Ministère des Colonies *Voie buccale* : Une ampoule le matin à jeun, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections à colibacilles Gastro-entérite, Pyélonéphrite, Cystite, Maladies infectieuses des organes génitaux féminins, Ictère, etc...
DIBROMOTYROSINE " ROCHE " Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Brome organique* Comprimés à 0.10 1 à 3 par jour et plus	Symptômes nerveux du Basedow
DIIODOTYROSINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Iode organique* Comprimés à 0.10 1 à 3 par jour et plus	Maladie de Basedow
DIURÈNE Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait TOTAL d'Adonis Vernalis*	Œdèmes et Ascites Extrasystoles - Dyspnées
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
LYXANTHINE ASTIER Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	Composé anti-arthritique *Iodo-propanol sulfonate de sodium* *Bitartrate de lysidine* *Gluconate de calcium* Granulé effervescent Une cuillerée à café le matin à jeun	Goutte, Gravelle, Rhumatismes Névralgies rhumatismales, Arthrites Cellulites
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide (Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SEL DE HUNT Laboratoire Alph. BRUNOT 16, rue de Boulainvilliers, Paris (16e)	*Granulé friable, à base de carbonates absorbants, neutralisants et calmants* (Na, Ca, Mg)	Hyperchlorhydrie Fermentations acides Gastralgies

REVUE GENERALE

NANISME RÉNAL

Par M. Ph. Seringe

Chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades

Le syndrome caractérisé essentiellement par une insuffisance rénale d'allure spéciale, un retard important de la croissance, et fréquemment des troubles osseux du type rachitique, paraît, au moins jusqu'à présent, tout à fait propre à l'enfant. Il est désigné communément sous le nom de nanisme rénal, parfois d'infantilisme rénal ou de rachitisme rénal, et serait mieux dénommé néphrite chronique atrophique avec nanisme ou rachitisme.

Historique. — Le cas *princeps* est rapporté par Goodhart en 1872, d'autres par Lucas et par Cooley en 1883, par Hellendall en 1897, par Sawyer et par Nettleship en 1903, par Fletcher en 1911. Depuis lors, nombreuses sont les observations. En France, le premier cas est signalé par Hutinel et Harvier en 1912, le syndrome est surtout connu depuis 1926 par les publications d'Apert, puis de Sendrail, de Robert Debré, Julien Marie et leurs collaborateurs, Mlle Jammet notamment, qui a fait une étude approfondie du syndrome et relève plus de cent observations dans sa thèse (1936). A l'étranger, les travaux récents les plus importants datent de 1927 (Parsons, Teall, Hunt), de 1933 (Mitchell).

Etiologie. — L'étiologie reste jusqu'ici très obscure. Les notions acquises sont d'ordre négatif : l'affection ne prédomine pas dans un sexe, on sait que la tuberculose ne joue aucun rôle, que la syphilis est assez exceptionnelle pour pouvoir être considérée comme une simple coïncidence ; dans l'immense majorité des cas, il n'en existe aucun signe clinique ou humoral chez l'enfant ni chez ses parents, aucune lésion anatomique spécifique non plus. Nobécourt a observé un malade à sérologie positive ; Hutinel voyait un facteur prépondérant dans une néphrite subaiguë syphilitique.

Il est très rare de retrouver une néphrite aiguë antérieure au nanisme rénal ; et dans de tels cas (Ellis, Cockayne et Lander ; de Toni ; Smyth et Goldman) aucun examen rénal n'avait été pratiqué avant l'épisode aigu, on peut donc se demander si une atteinte rénale latente n'existait pas auparavant et ne devenait pas manifeste sous l'effet de l'aggravation due à une néphrite aiguë post-angineuse. Seuls quelques médecins du Queensland ont émis l'hypothèse d'une néphrite saturnine ; les maisons y sont en bois peint, la peinture s'écaille sous l'effet de la chaleur, et lorsque par hasard il pleut, les enfants ravis de ce phénomène inaccoutumé boivent l'eau de pluie (J. Bennett).

Rares aussi sont les infections et les intoxications observées chez la mère durant la vie intra-utérine des sujets atteints de nanisme rénal (ingestion d'un sel de plomb dans le cas de Weill-Hallé de 1939). Une seule avait elle-même une néphrite (Ellis et Evans) ; dans un seul cas rapporté par les mêmes auteurs, le père était brightique, mort à 21 ans de néphrite, présentant un aspect infantile, « ne s'étant rasé que deux fois ». En revanche, l'on connait plusieurs observations familiales concernant deux enfants du même sexe ou de sexe différent, dues à Barber, à Forster, à Sansinea et Lombart, à Bader (trois frères), à Still ; d'autres encore, en nombre égal, sont moins démonstratives, l'un des deux malades seulement ayant pu être examiné par l'auteur. Par ailleurs, Apert a observé deux jumelles dont l'une était atteinte de nanisme rénal, et dont l'autre était saine.

Début clinique. — Le début de la maladie est particulièrement insidieux, elle s'installe sans bruit, évolue lentement, progressivement. En maints cas, par suite, elle n'est reconnue qu'entre 6 et 10 ans, voire plus tard, devant un nanisme très important, des déformations osseuses considérables ou un tableau d'urémie avancée ; en fait, il est bien rare que l'enfant ait été absolument normal jusqu'à cet âge.

Le plus fréquemment, un interrogatoire minutieux des parents permet de retrouver des troubles très précoces, soit une difficulté de la croissance, soit une polydipsie.

Beaucoup de ces enfants avaient, à la naissance, un poids très inférieur à la normale, fort souvent inférieur à trois kilogrammes et souvent inférieur à deux kilogrammes. La croissance dans les premières années est presque toujours difficile, avec retard pondéro-statural, retard dans l'éruption dentaire et dans l'apparition de la station assise et de la marche. Le retard de croissance débute à cinq mois dans le cas de Goldberg (1937) ; à trois ans, l'enfant observé par Hunt possède le poids et la taille d'un enfant de huit mois.

La polydipsie et la polyurie sont parfois notées dès la première année de la vie (Hunt), entre deux et trois ans (Price et Davie 1937), à trois ans (Barber 1921). L'attention des parents peut être attirée seulement par la soif, manifeste surtout au moment du sevrage où l'enfant refuse tout aliment solide, ou uniquement par la pollakiurie ou la persistance au delà de l'âge habituel d'une énurésie nocturne et diurne.

Symptomatologie rénale. — Elle réalise un tableau de néphrite sèche azotémique, non hypertensive, d'un type bien particulier. La lésion rénale peut demeurer de longues années remarquablement silencieuse et n'être découverte que lorsque l'insuffisance rénale est déjà très profonde ; un coma azotémique mortel déclenché par une intervention orthopédique a été plus d'une fois l'accident révélateur lorsque le rachitisme rénal était encore mal connu. Rarement, on l'a vu, un épisode de néphrite aiguë marque, au moins apparemment, le début des troubles rénaux. Souvent, c'est un examen systématique des urines, pratiqué par exemple lors d'une fièvre éruptive ou d'une infection quelconque, qui révèle la présence d'une albuminurie et met sur la voie de la lésion rénale que rien n'avait fait prévoir. Souvent aussi ce sont la polydipsie et la polyurie.

La soif vive de l'enfant le pousse à boire les liquides les plus divers qui se trouvent à sa portée, aussi malpropres soient-ils ; elle peut le réveiller plusieurs fois dans la nuit et certains ont la précaution de placer le soir près de leur lit une provision d'eau. La réduction des boissons entraîne, en pareil cas, un malaise extrême. En un mot, la polydipsie possède les mêmes caractères que celle du diabète insipide, et c'est fréquemment ce diagnostic qui est porté jusqu'à ce que l'étude des fonctions rénales vienne le rectifier.

Cette polydipsie est liée à une polyurie qui lui est parallèle et qui entraîne de la pollakiurie diurne ; celle-ci passe souvent inaperçue de la famille et de l'enfant ; nocturne, elle alarme d'ordinaire l'entourage plus tôt, mais il n'est pas rare cependant d'apprendre, à l'interrogatoire systématique, qu'un enfant de dix ou douze ans se lève chaque nuit depuis des années pour uriner et pour boire sans que ce phénomène ait jamais attiré l'attention. L'énurésie n'est pas rare, soit seulement nocturne, soit en outre diurne ; il s'agit en ce cas de mictions par regorgement, avec dilatation permanente de la vessie. Les urines du nycthémère, toujours abondantes si on en compare le volume aux chiffres normaux d'après l'âge et le poids, peuvent réaliser de grandes polyuries, jusqu'à 5,500 litres chez un enfant de 7 ans (Capon 1934) et 3,500 litres à vingt-neuf mois (Cockayne) ; en général, la polyurie oscille entre 1,500 litre et 3 litres, ce qui est encore considérable eu égard au faible poids des malades. Une densité urinaire basse, comprise entre 1,003 et 1,006 ne dépassant que très exceptionnellement 1,010 à 1,012, va de pair avec elle. La polyurie n'est pas supprimée par les injections d'extrait post-hypophysaire ; elle peut être passagèrement diminuée ou inversement, elle et la polydipsie, être augmentées comme dans le cas de Chown et Lee (1937) où la diurèse, qui se maintint à 2,600 litres avant et après l'expérience,

passa à 4,700 litres durant les douze jours où le sujet reçut deux injections quotidiennes de un cc. d'extrait post-hypophysaire.

Le syndrome urinaire se résume parfois en une polyurie claire. L'albuminurie peut manquer au cours de l'évolution pendant des semaines et même des mois ; le cas d'Apert et Baillet, où elle fit défaut durant toute l'évolution, est resté unique. Lorsqu'on multiplie les recherches, on trouve souvent d'emblée, et toujours quand l'affection progresse, de l'albumine dans les urines, de façon permanente ou épisodique. Parfois réduite à l'état de traces, elle oscille habituellement entre 0,50 et 1 gramme, atteint rarement des valeurs plus élevées : 3 gr. 25 (Garot), 4 gr. 60 (Apert et Baillet). En outre s'associent, par intermittences, de la cylindrurie granuleuse dans un certain nombre de cas, et dans un nombre de cas plus grand, des hématuries microscopiques ; en revanche, les hématuries macroscopiques sont rarissimes. Nous insisterons plus loin sur la pyurie.

Le syndrome œdémateux ne fait pas partie du tableau du nanisme rénal. On observe quelquefois une légère bouffissure du visage, un épisode œdémateux transitoire, très exceptionnellement une véritable anasarque.

Le retentissement cardio-vasculaire est minime ou absent, la tension artérielle normale. C'est là la règle — que d'aucuns considèrent comme absolue — mais qui souffre des exceptions : il existe quelques observations avec hypertension, modérée ou très marquée ; Evans cite les chiffres de 26-20 à quatorze ans, de 25-17 chez un autre enfant ; chez un malade de Robert Debré et Julien Marie, la pression maxima dépassait constamment 13 pour atteindre au cours de certains paroxysmes 20 et 22 cm. de mercure. Ces formes hypertensives, qui s'accompagnent parfois de sclérose artérielle, entraînent une hypertrophie puis une dilatation cardiaque prédominant sur le ventricule gauche. Le bruit de galop, les signes périphériques de défaillance cardiaque demeurent très rares.

Le retentissement oculaire de la néphrite est rare ou tardif. Un œdème papillaire trompeur s'est associé à un syndrome d'hypertension intra-cranienne dans quelques cas de nanisme rénal avec hypertension artérielle. On peut surtout observer une rétinite se manifestant par une diminution de l'acuité visuelle ou découverte seulement à l'examen ophtalmoscopique systématique ; pour Hamperl et Wallis, elle ne se verrait que dans les formes avec hypertension artérielle ; pour la plupart des auteurs il s'agit de rétinite azotémique.

Le syndrome azotémique se réduit le plus souvent à l'élévation du taux de l'urée sanguine qui est presque constante. Elle est souvent élevée dès le premier examen, et l'on est fort surpris de constater chez un enfant, en apparence indemne jusque là de toute lésion rénale, une azotémie atteignant 0 gr. 80 ou 1 gramme. Ces azotémies, parfaitement latentes, peuvent persister des années sans grande modification et sont compatibles avec de longues survies, elles suivent une marche très lentement progressive : chez la malade de Barber (1933), l'azotémie a mis cinq années pour passer de 1 gr. 13 à 1 gr. 40. Sous l'influence du repos et d'un régime approprié, des rémissions, toujours partielles et temporaires, peuvent s'observer. A l'azotémie se joint une anémie constante, sensiblement normochrome, souvent importante, au voisinage de 2 millions d'hématies. Le teint est spécial, à la fois blême et jaunâtre, avec des aires de pigmentation brunâtre prédominant aux parties découvertes. Il n'y a pas de stigmates d'ordre homogénique ou hémophilique. C'est seulement à la période terminale que peuvent s'observer quelques taches de purpura.

Syndrome humoral. — En même temps que l'urée, tous les corps azotés sont retenus, azote non protéique, acide urique, créatinine.

La rétention chlorée sèche, rarement recherchée, a été décelée quelquefois, par des examens faits d'ailleurs à la période terminale. Inversement Schoenthal et Burpee ont signalé une observation avec chloropénie.

La réserve alcaline, dans les rares cas où elle a été mesurée, s'est montrée toujours abaissée, avec parfois même une modification du pH dans le sens de l'acidose. En un cas, Schoenthal et Burpee ont obtenu une amélioration prolongée en réduisant cette acidose par le bicarbonate de soude.

Les albumines sanguines sont, en général, peu modifiées ; le rapport sérine-globuline est normal. Le taux des lipides est souvent normal, cependant une certaine hypercholestérinémie n'est pas rare. En deux observations (Lesné, Oberlin et Launay ; Robert Debré) existait un syndrome sanguin de néphrose : hypoprotidémie par hyposérinémie, inversion du quotient albumineux, hyperlipémie et hypercholestérinémie. La glycémie est normale dans les cas purs.

La calcémie et la phosphorémie sont parfois normales, parfois toutes deux augmentées (Price et Davie) ou diminuées (Chown et Lee). Dans les cas typiques, on observe une élévation du taux du phosphore minéral et un abaissement du chiffre du calcium, qu'il y ait ou non un syndrome clinique de rachitisme, par exemple 67 mg. pour 1.000 pour le premier, et 70 pour le second (Pi, 1936) ou 75 et 60 (Garot, 1937).

Les liens entre la néphrite et les troubles du métabolisme phosphocalcique paraissent étroits (Mitchell et Guest) : les phosphates retenus en excès par les reins imperméables sont éliminés par l'intestin en formant avec les sels de calcium des phosphates tricalciques insolubles d'où fléchissement de l'apport calcique exogène et hypocalcémie. Celle-ci, même importante, ne provoque pas, sauf exceptions (Mitchell, Watson, Duken), de tétanie, sans doute grâce à l'acidose rénale qui favorise l'ionisation du calcium sanguin ; le malade de Garot avait même de l'hypoexcitabilité neuro-musculaire. Quant aux dosages de phosphatasémie, ils ne sont pas interprétables en général, car les auteurs ne donnent pas l'unité dont ils se sont servis. Nous avons cependant relevé dans l'observation de Chown et Lee, un taux de 216 puis 184 unités King et Armstrong, ce qui est un chiffre colossal puisque la valeur normale est de 3 à 13.

Exploration fonctionnelle des reins. — La diminution du pouvoir concentrateur des reins est facile à mettre en évidence et indique que la polyurie a vraiment un rôle compensateur chez ces malades.

La concentration de l'urée dans l'urine est toujours basse ; les tests de concentration uréique montrent une grave déficience de l'excrétion de l'urée.

La constante d'Ambard, dans les rares cas où l'azotémie est assez modérée pour lui conserver son intérêt, est toujours très élevée.

L'élimination des chlorures a été moins étudiée. Robert Debré et J. Marie ont pu constater dans deux de leurs observations la déficience considérable du pouvoir concentrateur du rein pour le chlorure de sodium : par des surcharges progressives de l'alimentation en sel, ils n'ont jamais pu obtenir une concentration de ce sel dans l'urine supérieure à son taux dans le sérum sanguin. L'élimination accrue du sel au cours de l'épreuve était due à une augmentation de la diurèse et non de la concentration. Le régime déchloruré strict faisait d'ailleurs baisser de moitié la diurèse et secondairement la polydipsie.

L'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine donne des chiffres très faibles, l'élimination n'atteignant guère que 5 à 10 % dans la plupart des cas.

L'épreuve de Rehberg n'est pas signalée dans les observations. En un cas où nous l'avons pratiquée nous avons obtenu une valeur extrêmement basse (thèse Seringe, Paris 1938).

L'épreuve de l'ingestion d'eau, suivant la technique de Robert Debré et J. Marie, a montré à ces auteurs une élimination insuffisante dans les quatre premières heures, un écart insuffisant entre le volume des différentes mictions et un défaut de concentration, la densité atteignant au plus 1.018 ou 1.020 et dans les cas les plus avancés ne dépassant pas 1.010 ou 1.012. L'atteinte de la fonction de dilution est plus tardive. Parfois même la densité reste uniformément fixée autour de 1.010 durant les épreuves de dilution et de concentration et cette paridensité urinaire basse traduit une déchéance rénale profonde.


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLEOL
SANS DANGER
D'IODISME
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)
Cr. Office d'Éditions d'Art

Symptomes urinaires associés. — La néphrite coexiste souvent avec une infection chronique des voies urinaires traduite par de la pyurie, des signes infectieux, voire des hématuries. La suppuration pyélique risque de masquer la néphrite. Sa chronicité chez l'enfant est toujours la conséquence d'une malformation de l'arbre urinaire que l'examen clinique, la pyélographie par voie veineuse ou l'exploration urologique n'arrivent à mettre en évidence que d'une façon inconstante. Qu'il y ait eu ou non infection urinaire, l'autopsie permet de constater, dans un grand nombre de nanismes rénaux, une ou plusieurs anomalies.

La malformation la plus fréquente est la dilatation congénitale des uretères. Mais le tractus urinaire doit être examiné segment par segment, et c'est ainsi qu'ont été signalés : l'hypospadias, l'hypertrophie de la vessie associée ou non à une maladie du col, l'exstrophie vésicale, les coudures ou brides urétérales, l'hydronéphrose double. Ce sont surtout Ellis et Evans qui ont attiré l'attention sur les dilatations des voies urinaires, qu'ils ont rencontrées 17 fois sur 20 sujets. Des malformations évidentes peuvent intéresser le rein lui-même : soit inégalité de développement, soit absence d'un rein, soit rein en fer à cheval.

Nanisme, infantilisme et rachitisme. — La croissance se ralentit peu à peu puis s'arrête quasi complètement. L'arrêt de développement est parfois assez brusque pour que les parents puissent en préciser l'année ; l'enfant jusque là était chétif, rarement vigoureux. Le développement statural est en moyenne de 20 % inférieur à la normale, et, dans les cas extrêmes, de 45 %. Le retard pondéral est parallèle au retard statural. Dans l'ensemble, le nanisme reste proportionné, harmonieux.

L'infantilisme sexuel peut s'ajouter au nanisme lorsque ces enfants atteignent l'âge de la puberté. Diverses éventualités peuvent se produire : puberté normale (rare), absence totale de puberté, retard du développement pubertaire, qui reste incomplet. Il n'y a pas de déficience psychique habituellement.

Quand le début des troubles du développement est tardif, vers la fin de la croissance, ils frappent seulement la sphère génitale ; il s'agit alors non plus de nanisme rénal mais d'infantilisme rénal (Apert) ; tel est le cas vu par Jacob et Durand où le début s'est manifesté à l'âge de 13 ans.

Les troubles osseux qui font souvent partie du tableau clinique sont d'apparition habituellement plus tardive que les autres symptômes. S'ils existent dès la naissance dans un cas de Paterson, ils surviennent souvent entre 9 mois et 3 ans 1/2, rarement entre 4 et 8 ans, très souvent entre 8 et 11 ans ; Langmead et Orr ont vu apparaître à 19 ans un genu valgum bilatéral.

Le rachitisme tardif de l'âge prépubertaire est surtout localisé aux membres inférieurs, sous forme de genu valgum, plus rarement varum ou recurvatum avec, en outre, incurvation de la diaphyse des os longs, gonflement des poignets et hypotonie musculaire et ligamenteuse. Dans les formes moins tardives, le rachitisme est identique à celui de la première enfance à cela près que le craniotabes ne s'observe guère et que la dentition n'est presque jamais affectée (déformation du thorax en coup de hache, chapelet costal, nouures épiphysaires et courbures diaphysaires des os longs). L'aspect radiologique est également le même malgré les descriptions de Parsons et de Teall qui ont cru voir en quelques cas un aspect cotonneux ou en nid d'abeilles propre au rachitisme rénal. On ne peut pas davantage les différencier au nom de l'anatomie pathologique. Seuls les stigmates sanguins biochimiques sont distincts. Par ailleurs, l'autopsie serait susceptible de montrer des lésions rachitiques ayant échappé aux rayons X ; les signes radiologiques à leur tour sont parfois plus précoces et souvent plus étendus que les signes cliniques.

Evolution. — La tolérance si longue de l'affection est un de ses traits les plus frappants. Pendant des années, l'enfant a une croissance de plus en plus lente puis cesse de croître, devenant un nain véritable ; plus tard peut s'installer un rachitisme, un infantilisme éventuellement, sans que, durant cette longue évolution rien n'ait attiré l'attention sur le rein en dehors de la polyurie et de la polydipsie ; et cependant l'exploration fonctionnelle des reins montrerait, si elle était pratiquée dès cette période, une déficience rénale importante.

Cet état est compatible souvent avec une existence sensiblement normale malgré l'hyperazotémie et malgré des déformations osseuses ; quelquefois cependant, ces dernières font du sujet un infirme, plus ou moins grabataire.

Ce n'est que quelques mois avant la mort que surviennent l'anorexie, les vomissements, la céphalée, et plus tard encore la somnolence, les soubresauts musculaires et même de véritables crises convulsives. La mort se produit dans le coma azotémique. Ou bien c'est très brutalement et sous l'influence d'une cause occasionnelle qu'éclate l'urémie : telle est l'histoire de certains désastres post-opératoires, signalés par quelques orthopédistes anglais qui, en 1910 et 1911, ont attiré l'attention sur les curieuses néphrites chroniques latentes capables d'emporter en quelques jours un enfant opéré pour rachitisme tardif en apparence isolé.

Il faut insister sur la fragilité extrême de ces malades aux agressions de tous ordres. Un traumatisme opératoire n'est pas nécessaire pour déclencher l'urémie terminale, et Robert Debré et ses collaborateurs font remarquer qu'une simple prise de sang, un voyage de quelques heures, la seule fatigue d'une admission à l'hôpital et d'un examen prolongé peuvent être suivis d'un coma promptement mortel chez un sujet qui, jusque-là, menait une vie normale. Dans les formes avec hypertension artérielle, une hémorragie cérébrale est quelquefois responsable de la mort.

Le pronostic est constamment fatal. La mort survient le plus souvent à l'âge de la puberté, quelquefois dès 3 ou 4 ans, voire à 3 ou 6 mois (Chown), ou au contraire vers 18-20 ans ; l'un de ces malades décéda à 26 ans. Des enfants qui n'avaient été soumis à aucune surveillance médicale, aucun régime, ont pu mener une existence normale durant des années. Plusieurs auteurs ont publié des observations d'enfants encore vivants et qu'ils suivaient depuis six ou huit années. La survie extrême que nous ayons trouvée dans la littérature est celle d'une jeune fille présentée à de longs intervalles par Barber : la polyurie et la polydipsie sont notées à 3 ans, les troubles osseux à 11 et 14 ans ; à 20 ans, après soudure des épiphyses, la taille est de 1 m. 34, l'azotémie de 1 gr. 14 ; à 25 ans, elle est de 1 gr. 40, la puberté est normale et l'état général bon lors du dernier examen de l'auteur.

Formes cliniques. — Suivant le groupement des symptômes, on peut décrire plusieurs formes cliniques puisque le nanisme, l'infantilisme et le rachitisme peuvent s'associer à la néphrite séparément ou réunis par deux ou par trois. A vrai dire le rachitisme rénal, bien que ce terme soit très souvent usité comme titre dans les observations de langue anglaise, est exceptionnellement pur : on en connait deux cas dus à Ellis et Evans.

On peut isoler également une variété avec hypertension artérielle, une autre avec syndrome néphrotique.

Intéressantes sont les formes endocriniennes du nanisme rénal ; sous cette expression, Julien Marie groupe la forme avec glycosurie, la forme avec adiposité et celle avec calcinose. Nous en rapprocherons le cas avec exophtalmie publié par Lereboullet, Lelong et J. Bernard, et celui avec hypothyroïdie et sénilisme de Jacquelin et Bonnet.

Le nanisme rénal avec glycosurie est encore appelé syndrome de De Toni-Debré-Fanconi, du nom des auteurs qui publièrent les premiers travaux sur ce sujet à Bologne, Paris et Zurich. Ces derniers en voient respectivement deux et trois cas, de sorte qu'avec ceux de Nobécourt, Cathala, Briskas et Morel, et de Lelong, on en connaît au moins huit observations dont six concernent des filles et la septième le frère de l'une d'elles, et trois enfants sont issus de parents consanguins. Il paraît légitime de rattacher au syndrome les cas de Sharp, de Rohmer et de Fornara. Le syndrome est caractérisé par l'association de

nanisme, de rachitisme, d'albuminurie avec souvent polyurie et cylindrurie, mais sans azotémie (o gr. 65 toutefois dans le cas de Lelong), d'acidose qui finit généralement par emporter l'enfant, d'instabilité thermique, de phosphatémie diminuée (normale cependant dans le cas de Lelong), et de troubles du métabolisme glucidique. Ceux-ci consistent en glycosurie, glycémie à jeun normale ou faible, épreuve d'hyperglycémie provoquée du type diabétique. On a noté enfin la fréquence de l'anorexie, de la constipation, la possibilité d'hépatomégalie avec splénomégalie (Nobécourt) ou non (Lelong, Debré). L'existence d'une infiltration graisseuse des cellules hépatiques et de l'épithélium tubulaire dans le seul cas qui fut autopsié (Fanconi) a suggéré aux deux auteurs précédents la possibilité, en pareil cas, d'une polycorie hépato-rénale.

Bien qu'elle ne rentre pas dans le cadre précédent, nous signalerons l'observation de Goldberg et Candido (1937) où se trouvaient réunis nanisme, rachitisme, troubles rénaux sans azotémie, et hépato-spléno-adénomégalie sans glycosurie. Ici l'autopsie a montré une « néphrite chronique interstitielle et glomérulaire et une cirrhose biliaire infectieuse subaiguë ».

L'obésité a été notée dans plusieurs observations de nanisme rénal avec ou sans glycosurie (Hutinel et Harvier, Lightwood, Apert, Sendrail et Bézy, Robert Debré, J. Marie, Cléret et Messimy).

Un véritable syndrome de calcinose a été parfois observé (Smyth et Goldman, Shelling et Remsen, Karelitz et Kolomozieff, Capon). L'intense décalcification du squelette contraste dans ces formes avec les calcifications métastatiques des vaisseaux et des viscères, notamment des poumons et des méninges. Des lésions des glandes parathyroïdes ont été constatées à certaines autopsies.

D'autres troubles métaboliques peuvent encore s'associer au nanisme rénal, tel est le cas de la cystinurie. Il en existe sept observations, dues à Kaufmann et Abderhalden, Lignac, Russel et Barie (1936), Beumer et Wepler (1937) concernant 5 garçons et 2 filles, dont l'âge variait de 21 mois à 16 ans. Le plus souvent, la phosphorémie et l'azotémie étaient normales. Dans divers organes, la rate surtout, se trouvaient des dépôts de cystine, et en deux cas, existaient des calculs de cystines ; une fois a été constatée une cystinurie familiale. Les lésions histologiques des reins variaient selon les cas.

Dans le domaine des formes cliniques, il reste à considérer une catégorie de faits, nombreux pour qui sait les dépister, où s'associe à la lésion rénale une ou plusieurs malformations congénitales. Sans revenir sur les anomalies de l'appareil urinaire, on a relevé dans les observations une lésion congénitale du cœur, un volumineux angiome du cou, trois cas de pieds bots, une luxation congénitale, une inégalité de développement des deux membres inférieurs, une rétraction congénitale des tendons d'Achille, une imperforation anale avec fistule recto-uréthrale, enfin deux cas d'anomalie congénitale du fond d'œil. On peut en rapprocher la déformation cranienne complexe (dolichocéphalie, rétrognathie) du cas de Lereboullet sans rachitisme, et celle, associée à des malformations multiples, du cas de Marquezy et Launay (1938), où, il est vrai, manquent à la fois le nanisme et le rachitisme.

Diagnostic. — Les problèmes diagnostiques que pose le nanisme rénal sont bien différents suivant la prédominance de tel ou tel symptôme. C'est souvent le diagnostic étiologique de troubles de la croissance ; toutes les causes de nanisme pourraient être évoquées ; devant l'absence des signes propres à chacune d'elles, il faut savoir penser à l'éventualité de nanisme rénal.

Beaucoup plus rarement, les manifestations osseuses sont au premier plan et font discuter certains aspects de la pathologie osseuse de l'enfance. Dans cet ordre d'idée ce sont surtout le rachitisme solitaire et la maladie cœliaque qui peuvent prêter à erreur. Rappelons seulement que la maladie cœliaque de Gee-Herter-Heubner réalise aussi un rachitisme tardif, avec nanisme et hypocalcémie, mais comporte de l'hypophosphatémie, de l'anémie, de la stéatorrhée et de la tétanie.

Il est fréquent que le premier diagnostic posé par le médecin soit celui de diabète insipide. Or, l'expérience montre que c'est là une affection plus rare dans l'enfance que le nanisme rénal. Dans le nanisme avec polyurie et polydipsie, le pouvoir concentrateur du rein est diminué à la fois pour le sel, l'urée et les autres substances, tandis que chez les diabétiques, ce trouble intéresse seulement le chlorure de sodium. En pratique, il suffit pour distinguer les deux affections, de multiplier les recherches d'albumine dans l'urine et de pratiquer l'épreuve de l'ingestion d'eau : l'élimination dans le diabète insipide est plus importante et plus rapide que normalement alors qu'elle est faible et retardée dans la néphrite.

Pour illustrer les difficultés du diagnostic du nanisme rénal, Julien Marie indique que jamais il n'avait été porté auparavant sur les sept cas observés par Robert Debré et lui-même. Chez deux enfants, aucun diagnostic n'avait été envisagé ; la pigmentation d'un troisième avait été attribuée à une carotinémie ; un autre était adressé pour un syndrome myopathique ; le suivant pour une tumeur cérébrale en raison de la richesse du syndrome d'hypertension intra-cranienne avec stase papillaire, conséquence de l'hypertension artérielle ; chez les deux derniers enfin, les auteurs eux-mêmes crurent tout d'abord à un diabète insipide.

Anatomie pathologique. — Les lésions rénales, bien connues aujourd'hui, revêtent l'aspect d'une néphrite chronique interstitielle avec petits reins rétractés. Elles sont en général symétriques. Le poids de chaque rein est réduit à 25 ou 40 gr. en moyenne alors que, normalement, il atteint déjà 23 gr. chez le nouveau-né et 60 gr. à 1 an. La surface du rein est irrégulière, chagrinée, d'aspect cicatriciel, parfois avec de petits kystes. Ces caractères sont encore plus nets après l'arrachement de la capsule, souvent adhérente.

La coupe rend plus évidente la réduction du parenchyme à cause de la dilatation des calices ; la substance rénale n'a souvent qu'un centimètre de large, voire quelques millimètres ; cette réduction prédomine toujours sur le cortex, mais la ligne de démarcation entre les zones corticale et médullaire est fréquemment méconnaissable. Les artères sont normales, parfois envahies de plaques de calcifications. Les calculs rénaux sont rares.

Histologiquement, le caractère essentiel de la néphrite est la sclérose interstitielle, l'hypertrophie considérable du tissu conjonctif uniformément étendue à tout le rein qui a fait proposer le terme de cirrhose rénale pour cette variété de néphrite. Les glomérules sont étouffés dans la masse fibreuse ; l'endothélium de la capsule de Bowmann n'est pas altéré en règle, cependant il est parfois en prolifération et les adhérences partielles ou totales du bouquet glomérulaire à la capsule ne sont pas rares. Les lésions des tubes sont importantes ; leur calibre, rétréci ou oblitéré en certains points par la sclérose qui les entoure, est ailleurs dilaté ou modifiée par des formations kystiques ; leur lumière est parfois obstruée par des débris cellulaires, des cylindres hyalins ou granuleux, voire des dépôts calcaires. Enfin, au sein du tissu conjonctif interstitiel, se trouvent de petits amas de lymphocytes. Par ailleurs, existe en quelques cas une infiltration lipoïdique.

Ces lésions histologiques, contrairement à l'opinion de Hamperl et Wallis, ne sauraient être considérées comme pathognomoniques.

A ces lésions de néphrite s'associent souvent de la pyélite ou de la pyélo-cystite, souvent aussi une dilatation totale ou partielle de l'arbre urinaire ou d'autres manifestations urinaires, ainsi qu'il a été vu plus haut.

Quant aux lésions osseuses, elles sont considérées par la plupart des auteurs, rappelons-le, comme identiques à celles du rachitisme.

Les glandes endocrines, rarement étudiées il est vrai, sont le siège de modifications dans une forte proportion des cas examinés. Le thymus est normal, l'épiphyse aurait été un peu hypertrophiée dans le cas de Langmead et Orr où les lésions étaient pluri-glandulaires ; quelques cas d'hyperplasie surrénale (surtout corticale), quelques modifications histologiques du corps thyroïde ont été signalées. Les ovaires sont en général petits et sans traces de folli-

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GENATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

cules, avec utérus de type infantile ; les testicules sont petits mais histologiquement normaux. L'hypophyse est parfois anormale : séparée dans le cas de Langmead et Orr en *pars nervosa* et en *pars glandularis* qui seule occupait la selle turcique, volumineuse chez le malade de Shelling et Remsen, avec des zones de nécrose dans le lobe antérieur, kystique dans l'observation cinq de la thèse de Mlle Jammet et dans une de celles d'Ellis et Evans, l'hypophyse était, dans un cas de Chown (1936), le siège d'une malformation congénitale portant sur les lobes intermédiaire et postérieur ; dans l'observation huit de Mlle Jammet, on notait une prédominance nette des cellules éosinophiles du lobe antérieur, également une éosinophilie hypophysaire dans le cas de Cooley, une atrophie de toute la glande dans celui de Roberts (1936).

Intéressantes aussi du point de vue pathogénique sont les constatations portant sur les parathyroïdes : Shelling et Remsen, Price et Davie ont trouvé une hypertrophie considérable des quatre glandules avec histologie normale ; Smyth et Goldman, Cooley, une hyperplasie diffuse des parathyroïdes, Langmead et Orr une hypertrophie avec des lésions histologiques tout à fait comparables à celles observées dans la maladie de Recklinghausen.

Pathogénie. — La pathologie comparée n'a pas permis d'éclairer le mécanisme du nanisme rénal. Il vient d'être observé pour la première fois chez l'animal, chez deux génisses en l'occurrence, par Rossi (1939).

Le nanisme rénal fait soulever des problèmes pathogéniques dont aucun n'est pleinement résolu. Nous les envisagerons surtout à propos des théories rénales, les mieux étudiées. Nous verrons ensuite les théories parathyroïdienne et hypophysaire qui viennent d'être émises ces toutes dernières années.

En premier lieu, la nature de la lésion rénale reste obscure ; aucune néphrite aiguë, aucune infection ou intoxication, on l'a vu, n'est responsable de la néphrite chronique si spéciale qui fait partie du syndrome. En faveur de son origine congénitale, soutenue par Robert Debré et J. Marie, plaident plusieurs arguments : l'extrême précocité du début retrouvée par un interrogatoire très soigneux, la fréquence des anomalies des voies urinaires et des malformations d'autres organes ou appareils, l'existence de cas familiaux enfin ; sans doute la maladie est-elle évolutive, mais nous savons que, loin d'être fixées, bien des affections congénitales sont douées d'un singulier potentiel évolutif, et Robert Debré rapproche ces véritables cirrhoses rénales des cirrhoses hépatiques congénitales qu'il a étudiées avec nous. D'autres auteurs pensent que la sclérose rénale est l'aboutissant mécanique de la dilatation des voies urinaires ; si cette hypothèse était juste, le rein devrait se trouver aminci et envelopper le bassinet dilaté, et non pas être petit à la fois de surface et de volume, comme il l'est en réalité.

La dilatation du tractus urinaire elle-même ne serait que secondaire à une obstruction valvulaire uréthrale, selon Poynton et Sheldon, ou encore suivant d'autres, à l'hypertonicité du sphincter vésical, la « maladie du col de la vessie ». Mais — Debré et Marie l'objectent — d'une part l'obstacle uréthral est rare, et encore est-il toujours congénital, d'autre part les dilatations des voies urinaires ont été observées d'une façon très précoce (à l'âge de 6 semaines, dans un cas de Loeschke), aussi sont-elles, à leurs yeux, congénitales, comme la néphrite.

L'infection urinaire enfin joue-t-elle un rôle dans l'apparition de la néphrite? Non plus, car l'infection n'est en réalité qu'une conséquence de la dilatation ; on n'a pas observé, dans le nanisme rénal, de sclérose rénale avec infection des voies urinaires sans dilatation de celles-ci. Les pyélites de l'enfance ne deviennent chroniques que s'il existe des malformations des voies urinaires ; plusieurs auteurs, et notamment Snapper, l'ont montré il y a longtemps déjà ; c'est là d'ailleurs l'application d'une loi générale d'après laquelle la malformation congénitale appelle l'infection et la retient.

Le rachitisme peut être considéré comme secondaire à la néphrite ; l'argument chronologique et l'inefficacité de la vitamine D s'inscrivent contre l'hypothèse d'un rachitisme vulgaire, primitif ; d'ailleurs, la teneur du sang en vitamine D, recherchée dans le cas de Chown et Lee, s'est avérée normale. On a vu, plus haut, le mécanisme par lequel la néphrite est susceptible d'engendrer les troubles du métabolisme phosphocalcique ; pour lutter contre l'hypocalcémie, l'organisme puise dans ses réserves osseuses et la décalcification apparaît ; c'est la théorie de Mitchell, admise par la plupart des auteurs. D'autres, avec Sendrail et Bézy, invoquent les troubles de l'équilibre acido-basique ; on sait que l'acidose rénale dans la néphrite expérimentale du chien ou du lapin provoque soit une atrophie osseuse progressive, soit une ostéite fibreuse, avec hypocalcémie et hyperphosphorémie, et que dans les néphrites azotémiques avec acidose de l'adulte peut aussi se produire une ostéite fibreuse avec hypocalcémie et hyperphosphorémie (Govaerts, Mach et Rutishauser). Quelle que soit la pathogénie exacte des manifestations osseuses, elle semble bien être sous la dépendance directe des troubles métaboliques liés à la néphrite ; dans cette conception, les éventuelles lésions parathyroïdiennes, hyperplasie ou adénome, sont purement réactionnelles, secondaires.

Le nanisme enfin pourrait être aussi rapporté à la néphrite par l'intermédiaire soit de l'acidose qui aurait une action inhibitrice sur la croissance (Freudenberg et György) soit d'un hypofonctionnement endocrinien secondaire à l'hypercrinémie due à la rétention rénale, où encore par le même processus indéterminé que toutes les maladies graves et prolongées de l'enfance. Contre ces manières de voir militent l'absence totale de parallélisme entre la gravité de l'atteinte rénale et le retard du développement, ainsi que la fréquence de l'hypotrophie pondéro-staturale dès la naissance, avant que ne soit perceptible aucun trouble fonctionnel rénal. De plus, Loeschke et Decourt virent chacun un cas où le trouble de la croissance fut orienté non plus vers le nanisme mais vers le gigantisme : ce sont des observations de gigantisme rénal opposé au nanisme rénal. Ces faits conduisirent séparément Loeschke et Debré à nier tout rapport de causalité entre la néphrite et le nanisme et à y voir deux processus liés à une cause commune, qui serait peut-être neuro-endocrinienne.

Quant à la glycosurie éventuelle, elle est interprétée par les uns comme un diabète rénal où l'hypocalcémie a un rôle ; la possibilité d'acido-cétose en quelques cas ne suffit pas à rejeter cette conception ; en revanche l'existence d'une courbe d'hyperglycémie provoquée du type diabétique la condamne et les autres croient à une glycosurie diencéphalo-hypophysaire.

A la théorie rénale s'opposent, au moins en apparence, les théories endocriniennes. Suivant la théorie parathyroïdienne développée par Price et Davie, le rachitisme rénal serait l'équivalent chez l'enfant de la maladie osseuse de Recklinghausen dont l'adulte a presque l'apanage. L'hypersécrétion primitive des parathyroïdes, qu'ils supposent être à la base de l'affection, produit la raréfaction osseuse et l'hypercalcémie ; la réabsorption tubulaire du calcium en excès lèse les tissus péritubulaires, provoquant ainsi la néphrite. Ces auteurs se basent sur les hypertrophies parathyroïdiennes constatées à l'autopsie et sur l'hypercalcémie qui existe en quelques cas ; l'augmentation des hormones parathyroïdiennes dans le sang a été démontrée par Shelling et Remsen à l'aide de la méthode de Hamilton et Schwarz ; les observations de calcinose peuvent être invoquées également. Nous objecterons à cette théorie la grande fréquence de l'hypocalcémie qui semble la ruiner, sinon il serait logique de tenter le même traitement chirurgical que dans la maladie de Recklinghausen.

Une théorie hypophysaire ou diencéphalo-hypophysaire est soutenue par divers auteurs ; elle est basée sur l'association possible de glycosurie, d'obésité, en d'autres cas de lésions hypophysaires découvertes à la nécropsie. Le nanisme et l'infantilisme s'expliquent aisément dans cette théorie ; d'après certains, tous les signes dépendent directement de l'hypophyse ; il n'est pas jusqu'à la polyurie qui ne lui soit rapportée. S'appuyant sur la bonne tolérance de l'affection chez la malade de Barber âgée de

25 ans, dont la polyurie et la polydipsie sont connues depuis l'âge de 3 ans, et sur l'absence d'albuminurie au début de ce cas, Chown et Lee pensent que la polyurie est due en partie seulement à l'insuffisance rénale et que dans un premier stade elle est purement endocrinienne, soit diabète insipide vrai d'origine hypophysaire, soit polyurie hyperparathyroïdienne ; par l'hormone parathyrotrope, l'hypophyse est susceptible d'intervenir dans le fonctionnement des parathyroïdes qui réagiraient à leur tour sur les os et sur les reins. Par là, la théorie hypophysaire rejoint la théorie parathyroïdienne précédemment exposée.

Les théories rénale et hypophysaire se rejoignent à leur tour dans l'hypothèse suggérée par Robert Debré et Julien Marie : la lésion primordiale ne serait-elle pas une malformation congénitale des centres diencéphalo-hypophysaires régulateurs non seulement du développement général et des divers métabolismes, mais aussi du développement de l'appareil urinaire?

Traitement. — Le traitement consiste essentiellement à diminuer le plus possible le travail d'élimination des substances extractives par le rein. Le régime comportera le minimum d'albumines pour éviter la formation d'urée exogène ; le sel sera réduit à 1 gr. par jour, ce qui abaisse considérablement la polyurie et la polydipsie. On laissera l'enfant boire à sa soif.

Pour lutter contre les troubles métaboliques, la diète devra être pauvre en phosphore et riche en calcium ; l'adjonction de lactate de calcium est prônée par Pritchard. Beaucoup d'auteurs, à la fois pour combattre l'acidose et permettre la fixation du calcium, conseillent l'administration d'alcalins. La plupart considèrent la vitamine D et l'uvéthérapie comme inefficaces ou dangereuses. Toutefois, György a pu améliorer de cette façon les troubles osseux sans modifier le syndrome rénal, Duken a même vu baisser l'azotémie en même temps que les signes osseux s'amélioraient.

Fanconi préconise également l'ergostérol irradié à haute dose associé aux alcalins et à l'insuline dans le nanisme rénal avec glycosurie.

Enfin, il faut éviter tout effort et toute fatigue à ces enfants. Ces prescriptions permettent de les prolonger notablement, de les guérir : jamais.

LIVRES NOUVEAUX

La dermatologie en clientèle, « l'indispensable en dermatologie », par H. Gougerot, professeur des maladies vénériennes et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis (6e édition). Livre couronné par l'Académie de Médecine. — Un volume format 15,5 × 22,5 cm., 806 pages, 40 figures en couleurs et 196 en noir en 87 planches hors texte. Prix : 220 francs broché ; 240 francs cartonné. Maloine, éditeur, Paris.

Le praticien n'a plus le temps de se complaire à l'étude des gros livres riches en développements théoriques. On exige de lui qu'il soit universel ; il faut donc lui faciliter cette tâche écrasante de « savoir tout ce qu'il est indispensable de ne pas ignorer pour ne pas nuire à ses malades ».

C'est le but que se propose en dermatologie le livre actuel. Bien connu depuis sa première édition (1917), ses éditions successives ont permis de le compléter et en même temps de le débarrasser de tout ce qui n'était pas indispensable ; il a suivi les progrès de la science dermatologique.

Conçu dans un esprit pratique, négligeant à dessein toutes les données théoriques, statistiques, anatomiques, qui n'ont pas une application pronostique et thérapeutique, il résume « l'indispensable en dermatologie », indispensable de ce qu'un médecin doit savoir du diagnostic, du pronostic et du traitement des affections cutanées.

C'est donc le même livre, conçu dans le même esprit pratique de ne retenir que l'indispensable, dans la même pensée de différencier le connu de l'inconnu, de faire ressortir une compréhension plus large des dermatoses, rattachant les unes aux infections, les autres, non infectieuses, aux lois de la pathologie générale (réactions de défense, etc.).

C'est ce souci pratique de simplifier, de « supprimer tout ce qui n'était pas indispensable », qui a fait supprimer dans ce petit livre les historiques et les citations d'auteurs. M. le Professeur Gougerot s'explique à ce sujet :

« Je serais profondément peiné que cette intention didactique puisse être interprétée par ceux dont j'admire les travaux comme une méconnaissance systématique de leur œuvre. On m'a fait remarquer que cette absence d'historique risquait encore de faire méconnaître la grande part prise par la science française au développement de la dermatologie. Pour ces raisons, j'avais voulu dès la deuxième édition faire de courtes notes historiques ; j'ai dû y renoncer, car, pour être juste, un historique ne peut être une simple énumération, il doit marquer la part de chacun ; or, ce travail dépassait les limites de ce livre qui n'est pas, je le répète, un traité de dermatologie, mais l' « indispensable en dermatologie ». Le lecteur trouvera dans les traités toutes les indications historiques et bibliographiques nécessaires, en même temps que les résumés des travaux de ceux qui ont le plus contribué au développement de la dermatologie.

Le succès de ces éditions nous a récompensés de nos efforts. Puisse ce petit livre continuer à être le guide du praticien devant les difficultés de chaque jour ».

Broussais, sa vie, son œuvre, son centenaire 1772-1838, avec 8 illustrations, par le Dr Bonnette. Chez Jouve et Lefrançois, 91, boulevard Saint-Germain, Paris. Prix : 14 fr.

Dans l'intéressante série des *Médecins de Napoléon*, Bonnette vient de nous tracer la vie de Broussais, né sur les bords de la Rance, ce Breton têtu, autoritaire, dominateur, qui étudia avec Chateaubriand au collège de Dinan, fit la guerre de Vendée, fit la « *course des mers* » avec Surcouf et Lecoultre.

Reçu docteur en médecins, il « marcha » l'Epopée napoléonienne et passa six ans en Espagne.

Après Waterloo, il fut nommé professeur au Val-de-Grâce. Son enseignement eut un tel retentissement qu'il fut obligé de faire ses cours dans les grandes salles du Quartier Latin. Toute la jeunesse des écoles se précipita à ses cliniques. Un service d'ordre fut nécessaire pour éviter les pugilats aux portes, car tous voulaient entendre cette voix ardente, passionnée, que le fit surnommer le Danton, le Mirabeau du Val-de-Grâce.

Broussais ne put jamais s'entendre avec son compatriote Laennec, dont il disait : « Je ne saurais donner trop d'éloges à *son cylindre* pour le diagnostic des cavités creuses du poumon. Cet homme a rendu de grands services à la science que je chéris ». S'ils ne s'aimaient pas, ils s'estimaient.

Partisan outrancier des sangsues, ce lutteur soutint pendant vingt ans la théorie de la *gastro-entérite*, cause de tous nos maux, mais cette théorie disparut avec lui.

M. Babonneix (in *Gazette des Hôpitaux*, du 24 septembre 1838) a écrit : « *Qu'elle soit aujourd'hui périmée, d'accord. La gloire qu'elle lui a value n'en a pas moins rejailli sur notre pays... L'éclat inouï de cet orateur, de ce « surhomme » a attiré sur la France les regards du monde* ».

Dr de Benqué.

Les maladies méditerranéennes, par Henri Violle et Jean Piéri. — Un volume de 402 pages avec 84 figures et 3 planches en couleurs, chez Vigot, frères, à Paris, 1939.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1940

Sur la préparation d'une nouvelle fraction des protéines plasmatiques. L'haptoglobine. — MM. Michel POLONOVSKI et Max-Fernand JAYLE.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1940

Effets sur la différenciation sexuelle des embryons, d'un mélange de dipropionate d'œstradiol et de propionate de testostérone injecté à la souris en gestation. — M. Albert RAYNAUD.

Evaluation moléculaire de l'haptoglobine par une réaction enzymatique de peroxydation. — M. Max-Fernand JAYLE.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 7 JANVIER 1941

Installation du bureau. — M. Pierre DUVAL prend place au fauteuil présidentiel et prie M. Emile SERGENT, vice-président pour 1941, de s'asseoir à ses côtés.

M. le PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la mort de son doyen M. le Professeur d'Arsonval.

Ratification. — Le Président a reçu la ratification des dernières élections. Pour la première fois, l'approbation des élections est faite par M. le Ministre de l'Instruction Publique au nom du gouvernement. Jusqu'ici les élections étaient toujours approuvées par le chef de l'Etat.

Questions à l'ordre du jour. — M. le Président demande à l'Académie de mettre à l'ordre du jour la discussion de grandes questions d'actualité, et d'abord celle de la *sulfamidothérapie*. Des rapporteurs seront désignés à cet effet.

Commission du rationnement. — M. BEZANÇON apporte un rapport au nom de la commision du rationnement sur l'*influence de la sous-alimentation sur la diminution de résistance de l'organisme au froid.*

La restriction alimentaire dangereuse, déjà, en temps normal, devient plus néfaste lorsqu'il y a nécessité pour l'organisme de lutter contre le froid.

L'augmentation globale du nombre des calories non seulement est indispensable à l'accroissement du taux des glucides et des protides (du pain et du sucre comme le prescrit le ministre du Ravitaillement), mais il faut tenir compte aussi des lipides, la privation de corps gras semble non seulement cruelle mais dangereuse.

Pour les tuberculeux, la carte de priorité de viande ne peut être accordée qu'aux tuberculeux avérés présentant des lésions en activité ou aux convalescents de poussées aiguës tuberculeuses pulmonaires ; la priorité de viande de cheval peut être accordée dans les mêmes conditions.

L'exercice de la profession par la femme médecin est-il compatible avec ses devoirs d'épouse et de mère ? — M. NOBÉCOURT ne le pense pas. La place nous manque pour reproduire cette intéressante communication qui soulève de la part de M. RIST une réplique dans laquelle il rend hommage aux femmes médecins.

M. Nobécourt, s'associant aux paroles de M. Rist fait remarquer qu'il n'a pas demandé la limitation du nombre des femmes médecins et qu'il a seulement envisagé le point de vue de la mère de famille.

Les formes anxieuses persistantes des psychoses d'épuisement somato-psychique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Maurice BOUVET et S. FOLLIN.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1940

Action de l'amino benzène sulfamido thiazol sur le colibacille. — MM. J.-J. GOURNAY et P. MOLITOR. — Observations d'affections à colibacilles rapidement et définitivement guéries par l'aminobenzène sulfamido thiazol corps 2090 R P. Les auteurs envisagent l'hypothèse d'une activité plus considérable de ce produit, soit activité propre (hypothèse Mayer), soit par la formation moindre de dérivés conjugués.

Bactériémies à bacillus perfringens. — M. LEMIERRE. — L'auteur rappelle que les bactériémies à bacillus perfringens qui sont l'origine des gangrènes gazeuses, sont relativement fréquentes. Il en rapporte deux observations :

L'une concerne un homme qui présenta un exanthème rubéole fébrile consécutif à des ingestions répétées de Stovarsol. Au cours d'une poussée hyperthermique, l'hémoculture permit d'isoler un bacillus perfringens. Guérison.

La deuxième observation concerne une enfant, née d'une mère érysipélateuse, qui, le troisième jour après sa naissance, présenta une poussée fébrile passagère à 40° sans aucune suite fâcheuse. L'hémoculture donna un bacillus perfringens.

Hématurie et azotémie aiguë, d'origine sympathique, au cours d'une infection, par MM. J. CATHALA et R. CLER. — Observation d'une infection aiguë type adénoïdite sans angine, avec état général d'emblée grave ; perturbation circulatoire importante et tendance au collapsus, traces d'albumine. Au troisième jour, syndrome hémorragique marqué par une hématurie, purpura cutané discret, modifications importantes du temps de saignement. Azotémie à plus de 4 gr. sans symptôme urémique. En 15 jours, guérison.

Il ne s'agit pas d'une néphrite vraie : il y a liaison clinique et pathogénique du syndrome rénal et du syndrome hémorragique qui semble lié à une altération transitoire du système capillaire et des vaso-moteurs. Il faut donc invoquer un mécanisme nerveux.

Dilatation congénitale de l'artère pulmonaire. — MM. KOURILSKY, GUIDÉ et REGAUD. — Il s'agit de dix observations, dont neuf avec autopsie. Deux cas concernent la malformation associée à une communication interauriculaire ; tantôt elle est isolée ; tantôt elle coexiste avec une aorte normale. Cette malformation est latente et compatible avec l'existence ; se traduisant parfois par de la cyanose ; pouvant coexister avec un athérome vasculaire, soit avec des lésions inflammatoires valvulaires survenues dans l'adolescence. Formule électrocardiographique variable.

Deux cas de fièvre tierce bénigne. Etude épidémiologique d'un foyer de paludisme autochtone à la Croix-de-Berny. — MM. F. RATHERY, M. DEROT, L.-C. BRUMPT et F. SIGUIER discutent l'étiologie du paludisme observé en France :

1° Le *paludisme d'importation* peut s'observer sous forme de rechutes chez des coloniaux rapatriés, ou à titre de première manifestation chez des sujets qui ont cessé, trop tôt après leur retour, le traitement préventif suivi aux colonies ; enfin, un sujet peut présenter un paludisme de primo-invasion s'il est revenu en France par un moyen de transport rapide dans les délais normaux d'incubation.

2° Le *paludisme accidentel.*

3° Le *paludisme autochtone* auquel deux cas doivent être rattachés, provenant de la Croix-de-Berny, centre d'anophélisme important, où avaient été internés des prisonniers coloniaux aux environs du 15 juin. Dans la population civile, l'épidémie atteignit son maximum dans la première quinzaine de septembre. Si des mesures prophylactiques ne sont pas prises, il est à craindre que le *P. vivax* ne s'implante par un triple mécanisme : rechutes, incubation prolongée, et, enfin, hibernation des sporozoïtes infectieux chez la femelle d'*Anopheles maculipennis.*

Amino benzène sulfamido thiazol (2090 R P.) et infections à colibacilles. — MM. J. CÉLICE, L. GOUGEROT et P. CHASTAND. — Il s'agit d'une série d'observations d'infections à colibacilles, rapidement guéries par l'ingestion de petites doses de sulfathiazol 2090 R P.

Le médicament est bien toléré même par des tarés ; il ne donne que peu de dérivés conjugués ; son action n'est pas fonction de sa concentration sanguine. Avec des doses de 2 ou 3 grammes par jour, des infections à colibacilles disparaissent.

Le danger de certaines injections intra-musculaires. — M. DE SÈZE. — Observation d'un cas de nécrose de la cuisse provoquée par des injections intra-musculaires profondes de sérum antitétanique. Cette nécrose fut suivie de décollements sous-aponévrotiques, entraînant l'amputation. L'auteur conclut qu'il faut éviter d'injecter profondément des substances capables de donner des accidents de résorption ou des phénomènes de nécrose.

Le signe du lacet chez les hypertendus. — MM. AUBERTIN et GABE. — Le signe du lacet est symptomatique d'un trouble capillaire et non d'un trouble de la crase sanguine. Chez les hypertendus, les auteurs l'ont trouvé positif presque toujours, chez des sujets qui pourtant n'avaient jamais présenté d'hémorragie ; par conséquent, dans ces cas, le signe du lacet positif n'est pas symptomatique d'un syndrome hémorragique fruste, mais simplement d'un trouble fonctionnel purement capillaire.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1940

A propos des formes graves et curables de l'intoxication par l'apiol. — MM. Etienne CHABROL, Jean JOANNY et Claude LAROCHE. — Observation intéressante par le degré de son azotémie. L'ictère de la malade avait pour origine une uréogénie exagérée, le taux de l'azotémie se maintenant à 6 gr. pour 1.000 malgré une diurèse quotidienne de 1.500 gr. de liquide en vingt-quatre heures, et une concentration de 15 gr. d'urée au litre.

La rechloruration aida à la disparition du syndrome azoté. Bien que l'on ait trouvé dans les antécédents la notion d'une débilité rénale et de plusieurs albuminuries gravidiques, la malade est convalescente et présente un fonctionnement rénal satisfaisant.

Note complémentaire sur les granulations « pathologiques » des cobayes inoculés avec divers produits prélevés chez des tuberculeux. — MM. R. Benda et J. Nicolas donnent le détail de leurs expériences qui permettent de suivre les modifications des polynucléaires neutrophiles sur plusieurs séries d'animaux inoculés avec divers produits prélevés chez des tuberculeux (crachats, sérum ou sang total, liquide pleural, liquide céphalo-rachidien, etc.).

Sur la recherche de divers parasites dans la moelle osseuse. — M. Maurice Lamy indique que la myélographie peut être utilisée avec profit pour le diagnostic de la maladie du sommeil. La méthode met parfois en évidence des parasites alors que les autres procédés d'examen ont été infructueux. En outre, l'examen de la moelle peut révéler des infestations associées et des parasitoses.

Tumeur de la moelle cervicale haute avec prolongement intracranien simulant la sclérose latérale amyotrophique. Opération. Guérison. — MM. J. Lereboullet et P. Puech. — Femme de 29 ans chez qui s'était développé progressivement, depuis deux ans, un syndrome rappelant la sclérose latérale amyotrophique. L'apparition de troubles sensitifs dissociés et à prédominance gauche, avec douleurs cervicales, et constatation d'une importante dissociation albuminocytologique, permirent de poser le diagnostic de tumeur médullaire.

L'intervention laissa extirper un méningome de la taille d'une prune, accolé à la première racine cervicale, situé moitié dans le canal rachidien, moitié dans la loge cérébelleuse et inséré sur la dure-mère au niveau du trou occipital. Après intervention, la malade est actuellement guérie. Les auteurs soulignent que la symptomatologie de ces tumeurs est presque exclusivement médullaire ; seule, une céphalée précoce pourrait faire penser à un prolongement intracranien.

Sur la maladie rhumatismale post-dysentérique (formes fébriles prolongées, syndrome sanguin et humoral, altérations osseuses, essais thérapeutiques). — M. H. Gounelle et ses collaborateurs insistent sur la forme qu'ils ont fréquemment rencontrée : à savoir forme entéro-ostéo-polyarticulaire avec fièvre, épistaxis, anémie et altérations osseuses, évolution prolongée pendant plusieurs mois.

Les épistaxis sont le témoin de troubles fréquents de la coagulation sanguine ; l'anémie, normochrome, modérée mais persistante, s'accompagne souvent d'une neutropénie relative parfois d'éosinophilie.

La fibrinémie et la vitesse de sédimentation des hématies sont aussi très augmentées.

Des radiographies ont montré l'existence fréquente de décalcification des extrémités osseuses avec parfois coexistence de calcifications anormales. L'épidémie de dysenterie a été surtout due au bacille de Flexner.

Les multiples thérapeutiques essayées n'ont donné aucun résultat probant.

Séance du 13 décembre 1940

Grosse pulmonaire, petite aorte, affection congénitale. — MM. Laubry et Routier ont observé depuis longtemps (1922) cette malformation, et ce n'est qu'à la lumière d'autopsies récentes de cas cliniques, qu'ils ont pu dégager le syndrome caractérisé pendant la vie par des phénomènes dyspnéiques et cyanotiques tardifs, un aspect radiologique très spécial et une courbe électrique particulière.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 23 novembre 1940

Sur l'action pathogène des antigènes glucido-lipidiques du bacille d'Eberth. — MM. P. Gastinel et J. Reilly ont constaté expérimentalement que ces antigènes, mis au contact du système neuro-végétatif abdominal provoquent, à des doses bien moindres que par la voie intraveineuse, de fortes lésions congestives de l'intestin avec hyperplasie des plaques de Peyer. Les deux antigènes glucido-lipidiques représentent bien les poisons de l'endotoxine du bacille d'Eberth et leur activité très accusée sur l'appareil végétatif abdominal, vient confirmer le mécanisme physio-pathologique qui semble présider au déterminisme des lésions intestinales de la dothiénentérie.

Modifications de l'électro-encéphalogramme au cours de la sclérose latérale amyotrophique. — MM. G. Guillain, I. Bertrand et Mme J. Godet-Guillain montrent que la sclérose latérale amyotrophique se traduit dans une forte proportion des cas par un syndrome encéphalographique particulier, forcément engendré par des lésions corticales sous-jacentes. Ainsi se trouve confirmée la notion que la sclérose latérale n'est pas uniquement une affection bulbo-médullaire, mais atteint la corticalité cérébrale.

Sinus carotidien et diurèse. — MM. Henri Bénard et Félix-Pierre Merklen montrent qu'en ce qui concerne la diurèse aqueuse, l'exclusion et l'excitation du sinus carotidien font intervenir deux facteurs jouant en sens inverse : les phénomènes vaso-moteurs rénaux, les variations de la pression artérielle générale. C'est ainsi que, chez le chien jeune et normal, l'exclusion du sinus carotidien amène parallèlement à l'élévation de la pression artérielle une réduction de la diurèse, tandis que chez le chien âgé et à fonctionnement rénal défectueux la sclérose rénale entrave les réactions vaso-constrictives locales et empêche cette oligurie de se produire.

Séance du 14 décembre 1940

La traversée de la vitamine BI injectée par voie veineuse à l'état normal. — MM. N. Fiessinger, M. Gaultier et M. Lamotte étudient les éliminations rénales provoquées après l'injection intraveineuse de 10 milligr. de vitamine BI chez des sujets normaux en utilisant un fluoromètre, mis au point par M. Dognon, pour effectuer les dosages de thiochrome.

L'élimination est maxima dans l'échantillon d'urine recueilli une heure après administration ; elle atteint 20 % de la dose injectée. Le rejet global en 24 heures atteint en moyenne 30 %.

Prolan et hormone gonadotrope sérique chez le canard de Barbarie. — MM. H. Bulliard et J. Chevreau ont constaté que l'hormone gonadotrope sérique détermine chez cet animal une hyperplasie considérable des cellules thécales et interstitielles et une augmentation du nombre des follicules en évolution, alors que le prolan urinaire est sans effet.

Influence de l'anoxémie sur l'excitabilité nerveuse. — M. et Mme A. Chauchard et M. Paul Chauchard montrent que, contrairement à l'opinion classique, les effets de la dépression atmosphérique sur l'excitabilité nerveuse ne sont pas, pour une large part, provoqués par l'anoxémie. En effet, alors qu'en dépression il y a la diminution des chronaxies périphériques motrice et sensitive, la respiration d'un air appauvri en oxygène, à la pression normale, provoque l'augmentation de ces chronaxies.

La virulence du sang chez les souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente à la période tardive de l'infection. — MM. C. Levaditi et D. Rousset-Chabaud.

Dosage de l'hormone cortico-surrénale dans l'urine et considérations sur la forme d'élimination. — A. Giroud, Magd Martinet et J. Pacoret avaient antérieurement avec N. Santa établi une microméthode de dosage de l'hormone cortico-surrénale, basée sur la semi-contraction de la cellule pigmentaire ; ils ont adapté cette technique au dosage de l'hormone dans les urines. On trouve ainsi chez l'homme à l'état normal 40 unités par litre environ, et à l'état pathologique des variations allant de 15 dans les états hyposurrénaliens à 100 unités dans les états hypersurrénaliens.

Comme les quantités retrouvées sont faibles par rapport à celles que l'on trouve au niveau de la surrénale, les auteurs se demandent si leur réaction ne caractériserait pas des formes particulièrement actives comme la désoxy-corticostérone ; les formes d'élimination seraient ainsi des formes moins actives de l'hormone, comme cela a été établi pour les hormones ovariennes.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 17 décembre 1940

A propos du procès-verbal. — M. Cambessedès déclare qu'il est inexact de dire que les laits arrivant à Paris ne sont pas surveillés. Si des laits sales ont pu être distribués en juillet dernier, il n'en est plus ainsi actuellement et le contrôle s'exerce de façon efficace.

M. Lesné estime qu'il faut généraliser : la pasteurisation contrôlée et le transport à basse température, au-dessous de 11°.

Hémorragies et hématome de la loge amygdalienne par corps étranger. — MM. Janet, Baschet et Lacome rapportent l'observation d'un enfant de 28 mois brusquement réveillé par un vomissement de sang rouge qui se renouvelle deux nuits consécutives. Trois jours plus tard, la loge amygdalienne est tuméfiée et a un aspect phlegmoneux. L'extraction le surlendemain d'un épi de graminée, long de 4 cm., cause de tout le mal, amène rapidement la guérison.

La vaccination contre la fièvre typhoïde chez l'enfant et particulièrement chez le jeune enfant. — M. Boulanger-Pilet rappelle que la fièvre typhoïde est fréquente et grave chez l'enfant (40 % des cas surviennent avant 20 ans). Il apporte des remarques sur les vaccinations qu'il a pratiquées sur plus de 900 enfants.

Il a utilisé exclusivement le TAB chauffé, en injections sous-cutanées, aux doses classiques qu'il a parfois fractionnées, mais sans jamais diminuer la dose totale. Il a vacciné pour la première fois vers 18 mois ou 2 ans, et pense qu'il faut revacciner vers 10 et 20 ans.

Il insiste ensuite sur les réactions et le caractère parfois choquant du vaccin. Pour éviter les réactions viscérales dangereuses, la vaccination doit être précédée d'un examen clinique complet avec examen des urines et même cuti-réaction tuberculinique.

M. Terrien ayant observé deux cas de mort après vaccination antityphique, demande s'il n'y aurait pas de procédés permettant de rendre cette vaccination moins dangereuse tout en lui conservant son efficacité.

M. Coffin croit nécessaire de vacciner les débiles au même titre que les enfants résistants. La vaccination doit être faite sans réactions, et les contre-indications sont en réalité très peu nombreuses et presque uniquement rénales.

Les réactions sont chez l'enfant plus rares, plus précoces et moins durables que chez l'adulte ; on les évite en multipliant et espaçant les injections.

M. Cambessedès insiste sur l'efficacité de la vaccination et sur la disparition de la fièvre typhoïde chez l'homme après le service militaire. L'immunité persiste plus longtemps qu'il n'est classique.

M. Lesné vaccine les enfants à partir de 18 mois et n'a jamais eu d'incidents sérieux, à condition de ne pas vacciner trop tôt, car le nourrisson ne peut faire les frais d'une immunisation active, et il ne faut vacciner que les enfants résistants.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 8 novembre 1940

Perforation de l'utérus par manœuvres criminelles. — M. P. Séjournet. — Grossesse de deux mois interrompue par l'introduction d'une tige de fer. Intervention *in extremis* au 3e jour : aucune réaction péritonéale de défense. Odeur putride. Perforation à la corne droite. Apoplexie du fond et bord droit de l'utérus, propagée aux ovaires. Infarcissement total de la muqueuse. Hystérectomie. Suites mortelles.

Résultat anatomique déplorable dans une fracture du cou-de-pied, avec excellent résultat fonctionnel. — M. Le Gac. — A titre de curiosité, sont présentées les radiographies et les photographies d'un blessé qui a le plus mauvais résultat anatomique que l'on puisse imaginer. Grâce au varus et à une courbure de compensation, ce blessé marche bien et a pu faire, depuis le début de la guerre, son service comme pionnier. Il ne demande même pas sa réforme, alors qu'il n'y a pas un seul Conseil de réforme qui hésiterait à le réformer sur pièces.

Un cas de volvulus du cœcum. — M. Séjournet.

Séance du 29 novembre 1940

Un cas probable de maladie de Paget mono-ostéitique. Fractures spontanées multiples. Dégénérescence sarcomateuse. — La malade, actuellement âgée de 75 ans, a fait trois fractures spontanées de son humérus gauche, en différents points, depuis 25 ans.

L'aspect radiologique n'est pas nettement celui du Paget, en ce sens que les reconstructions sont moins importantes qu'il n'est coutume, mais l'allongement, la coudure, la morphologie générale sont bien d'un Paget et la dégénérescence sarcomateuse, à marche exceptionnellement rapide, qui vient de se produire chez un vieillard, paraît signer le diagnostic d'un Paget mono-ostéitique du membre supérieur (ce qui est rare).

Double erreur de diagnostic, erreur de siège et erreur de nature, dans une tumeur du côlon. — M. Le Gac. — Il s'agit d'une malade qui présentait une tumeur, perceptible au toucher rectal, à 12 cm. de l'anus, tumeur donnant à la rectoscopie l'impression d'être un néoplasme. L'opération a montré que la tumeur, en apparence rectale, était une tumeur du côlon iléo-pelvien, servant de tête d'invagination. Quant à la nature histologique, il s'agissait d'une tuberculose.

A propos de cette observation, l'A. a fait une étude de l'invagination causée par les tumeurs coliques et rappelle la rareté des tuberculoses isolées du côlon sigmoïde.

Torsion du kyste de l'ovaire chez la fillette. — M. Le Gac apporte l'observation d'une enfant de 11 ans qui présentait un kyste de l'ovaire — dermoïde — kyste tordu, dont la torsion ne s'est manifestée que par de vagues douleurs; le seul signe était la présence du kyste, d'ailleurs volumineux (un petit melon).

L'examen de l'autre ovaire fait craindre qu'il ne soit porteur d'un kyste dermoïde encore peu développé.

A propos de cette observation, l'A. étudie la symptomatologie habituelle de la torsion du kyste chez l'enfant, rarement discrète comme dans le cas présenté, plus souvent dramatique. La bilatéralité du kyste dermoïde n'est pas une exception, mais il faut être conservateur ; la présence d'un double kyste dermoïde n'est pas un obstacle à une bonne menstruation, à l'ovulation et à la grossesse.

INFORMATIONS

(suite de la page 18)

logistes des hôpitaux de Paris, s'ouvrira le 10 janvier. Les cours seront accompagnés de démonstrations, de travaux pratiques et de stages dans les hôpitaux.

Le choix des services de stage aura lieu d'après l'ordre d'inscription le 10 janvier, à 19 heures, à l'amphithéâtre de physique.

Cours de microbiologie et d'immunologie. — Le professeur agrégé, Henri Bonnet, chef des travaux, commencera le lundi 20 janvier 1941, à 14 heures, un cours complémentaire de bactériologie avec la collaboration de MM. Gallerand, Leblois et Névot, assistants. Le cours, qui a lieu au Laboratoire de Bactériologie, continuera les mardis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure et cessera le 4 avril 1941 ; il s'adresse aux médecins, aux internes des hôpitaux, aux étudiants en fin de scolarité.

Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations. Les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Le nombre des étudiants étant limité, ceux-ci sont priés de s'inscrire au Laboratoire de Bactériologie, de 15 heures à 17 heures, avant de retirer leur bulletin de versement.

Chaire de pathologie médicale. — Le professeur Pasteur Vallery-Radot commencera son cours le jeudi 16 janvier, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, et le continuera les samedis, mardis et jeudis à la même heure. Sujet du cours : *Maladies des Reins.*

Nécrologie

Nous avons appris avec une grande tristesse la mort de M. d'Arsonval, professeur de physiologie au Collège de France, décédé dans son pays natal, à La Borie (Haute-Vienne), à l'âge de 89 ans.

L'illustre savant était le doyen de l'Académie de Médecine à laquelle il appartenait depuis 1888. Il était membre de l'Académie de Chirurgie et membre de l'Institut depuis 1894 et avait présidé l'Académie des Sciences en 1917. Il était Grand'Croix de la Légion d'honneur.

Nous consacrerons prochainement une notice à l'œuvre scientifique immense du grand et vénéré Maître.

— La semaine dernière a encore été attristée par la mort du docteur Caudius Regaud, de l'Institut Pasteur. Agrégé libre d'anatomie et d'histologie à la Faculté de Médecine de Lyon, il était directeur de l'Institut de Radium et membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie de Chirurgie. Il était commandeur de la Légion d'honneur et croix de guerre 1914-1918. Nous aurons à rappeler ses travaux et son œuvre très importants.

Nous prions son fils, notre collègue, le Dr Jean Regaud, d'agréer l'expression de notre très vive sympathie.

— On annonce, de Bologne, la mort du Maître de la chirurgie orthopédique italienne, le professeur Vittorio Putti.

Assistant de Codivilla, à l'Institut Rizzoli de Bologne, par la mort prématurée de celui-ci, Putti s'était trouvé, très jeune, appelé à recueillir cette lourde succession. Il sut se montrer à la hauteur de sa tâche. Entre ses mains, ce magnifique Institut Rizzoli, unique au monde, loin de péricliter, se développa, se perfectionna. Il sut en faire un centre d'instruction qui attira comme visiteurs, comme stagiaires, les chirurgiens orthopédistes du monde entier.

Le premier travail de Putti est son étude sur les anomalies de la colonne vertébrale, resté classique. Comme chirurgien, il s'est longtemps appliqué au perfectionnement des arthroplasties, en particulier celles du genou. C'est ensuite la réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche dont il règle la technique. Il est le principal promoteur de la campagne pour le diagnostic et le traitement précoce, dans les premiers mois de la vie, avant la marche, de la luxation congénitale de la hanche, campagne qui a déjà fourni ses fruits en Italie.

La publication du très bel album d'anatomie pathologique de la luxation congénitale de la hanche, reproduction des pièces de l'Institut Rizzoli, complète ses travaux sur cette malformation.

Ses travaux et ceux qu'il a inspirés à ses élèves ont alimenté la magnifique revue de l'Institut Rizzoli : *La chirurgia degli organi di movimento.*

Enfin, sous son impulsion, les ateliers de constructions de l'Institut ont mis au point des appareils d'orthopédie, de prothèse, instruments pour la chirurgie osseuse, ostéoclaste pour pieds bots, table d'opération qui révèlent l'esprit d'ingéniosité, le souci de la perfection technique de Putti.

M. L.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N° 5-6. — 15-18 JANVIER 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — MUTATIONS ENTRAINÉES DANS LE PERSONNEL MÉDICAL par les vacances survenues pendant le cours des années 1939-1940. Ordre chronologique jusqu'au 10 janvier 1941 :

1° A l'hôpital Boucicaut (remplacement de M. le Dr Courcoux, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Ravina.

2° A l'hôpital des Enfants-Malades (remplacement de M. le docteur Armand-Delille, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Huber, médecin de l'hôpital Hérold ;

— A l'hôpital Hérold (remplacement de M. le Dr Huber), M. le Dr Turpin, de l'hôpital Beaujon ;

— A l'hôpital Beaujon (remplacement de M. le Dr Turpin). Néant (service fermé).

3° A l'hôpital de la Pitié — chaire de clinique médicale transférée provisoirement à l'hôpital Cochin — (remplacement de M. le Prof. Clerc, atteint par la limite d'âge), M. le Prof. Harvier, de l'hôpital de la Pitié ;

— A l'hôpital de la Pitié (remplacement de M. le Prof. Harvier, nommé professeur de clinique). Néant (service fermé).

4° A l'hôpital Cochin (remplacement de M. le Dr Marcel Pinard, décédé). Néant (service occupé provisoirement par la clinique médicale de la Pitié).

5° A l'Hôtel-Dieu (remplacement de M. le Prof. Carnot, atteint par la limite d'âge), M. le Prof. Fiessinger, de l'hôpital Necker ;

— A l'hôpital Necker (remplacement de M. le Prof. Fiessinger, nommé professeur de clinique médicale), M. le Dr Aubertin, de l'hôpital de la Pitié ;

— A l'hôpital de la Pitié (remplacement de M. le Dr Aubertin). Néant (service fermé).

6° A l'hôpital des Enfants-Malades (remplacement de M. le professeur Nobécourt, atteint par la limite d'âge), M. le Prof. Debré, de l'hôpital Hérold ;

— A l'hôpital Hérold (remplacement de M. le Prof. Debré, nommé professeur de clinique), M. le Dr Janet, de l'hôpital Ambroise-Paré ;

— A l'hôpital Ambroise-Paré (remplacement de M. le Dr Janet), M. le Dr Levesque, de l'hospice de la Salpêtrière ;

— A l'hospice de la Salpêtrière (remplacement de M. le docteur Levesque), M. le Dr Lemaire, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de service.

7° A l'hôpital des Enfants-Malades (remplacement de M. le docteur Weill-Hallé, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Ch. Richet, de l'hôpital Beaujon ;

— A l'hôpital Beaujon (remplacement de M. le Dr Ch. Richet). Néant (service fermé).

8° A l'hôpital Boucicaut (remplacement de M. le Dr Trémolières, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Tinel, de l'hôpital Beaujon ;

— A l'hôpital Beaujon (remplacement de M. le Dr Tinel). Néant (service fermé).

9° A l'hôpital Broussais (remplacement de M. le Prof. Villaret), M. le Dr Donzelot, de l'hôpital Beaujon, délégué en qualité d'agrégé par la Faculté de Médecine ;

— A l'hôpital Beaujon (remplacement de M. le Dr Donzelot). Néant (service fermé).

10° A l'hôpital Lariboisière (remplacement de M. le Dr Rivet). Néant (service fermé).

11° A l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher) (remplacement de M. le Dr Babonneix, qui a demandé son admission à l'honorariat), M. le Dr Stevenin, de l'hôpital Beaujon ;

— A l'hôpital Beaujon (remplacement de M. le Dr Stevenin). Néant (service fermé).

12° A l'hôpital Tenon (dédoublement du service de M. le docteur May), M. le Dr Gautier, de l'hôpital Lariboisière ;

— A l'hôpital Lariboisière (remplacement de M. le Dr Gautier). Néant (service fermé).

13° A l'hôpital Bichat (transfert du service des tuberculeux et du centre de triage de l'hôpital Beaujon), M. le Dr Nicaud), de l'hôpital Lariboisière ;

— A l'hôpital Lariboisière (remplacement de M. le Dr Nicaud). Néant (service fermé).

14° A l'hôpital Hérold (ouverture d'un nouveau service), M. le Dr Weismann, de l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches ;

— A l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches, M. le Dr Rouquès, délégué dans les fonctions de médecin en chef.

15° A l'hôpital Bretonneau (remplacement de M. le Dr Pichon, chargé de la consultation générale, décédé), M. le Dr Chevalley, médecin de l'hospice de Brévannes ;

— A l'hospice de Brévannes (remplacement de M. le Dr Chevalley, médecin des hôpitaux), M. le Dr Bourgeois, de l'hospice de Brévannes (mutation intérieure) ;

— A l'hospice de Brévannes (remplacement de M. le Dr Bourgeois, médecin des hôpiaux), M. le Dr Albot, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de médecin en chef.

16° A l'hospice de Brévannes (ouverture d'un nouveau service), Mme le Dr Roudinesco, médecin des hôpitaux, déléguée dans les fonctions de médecin en chef.

17° A l'hôpital Broussais (remplacement de M. le Dr Benda), M. le Dr Lenègre, délégué dans les fonctions de chef de service.

18° A la clinique Piccini (ouverture d'un service de médecine), M. le Dr de Gennes, de l'hôpital Lariboisière ;

— A l'hôpital Lariboisière (remplacement de M. le Dr de Gennes). Néant (service fermé).

Remplacement provisoire et services temporaires. — 1° A l'hôpital des Enfants-Malades (remplacement de M. le Dr Darré en congé pour raison de santé), M. le Dr Heuyer, de la consultation de neuro-psychiatrie infantile ;

— A la consultation de neuro-psychiatrie infantile (remplacement de M. le Dr Heuyer). Néant (consultation fermée).

2° A l'hospice de la Salpêtrière (ouverture d'un service temporaire d'adultes), M. le Dr Mollaret, médecin des hôpitaux.

3° A l'hôpital de la Salpêtrière (ouverture d'un service temporaire d'enfants), M. le Dr Perrault, médecin des hôpitaux.

4° A l'hospice d'Ivry (ouverture d'un service temporaire d'enfants), M. le Dr Coste, médecin chef de service de l'hospice d'Ivry.

Consultations générales (adultes). — Hôtel-Dieu : M. le docteur Merklen (remplacement provisoire de M. le Dr Gutmann). — Pitié : (consultation transférée provisoiremet à la Salpêtrière), M. le Dr Escalier. — Saint-Antoine : M. le Dr Boltanski. — Necker : M. le Dr Lambling. — Cochin : M. le Dr Pollet. — Beaujon : M. le Dr Hamburger. — Lariboisière (consultation transférée provisoirement à l'hôpital Saint-Louis) : M. le Dr Degos. — Tenon : M. le Dr Decourt. — Laënnec : M. le Dr Celice. — Bichat : M. le Dr Layani. — Broussais : M. le Dr Justin-Bezançon. — Boucicaut : M. le Dr Rachet. — Ambroise-Paré : M. le docteur Péron. — Broca : M. le Dr Derot. — Bicêtre : M. le docteur Moreau.

Consultations générales (enfants). — Enfants-Malades : M. le Dr Lamy. — Bretonneau : M. le Dr Chevalley. — Trousseau : M. le Dr Clément. — Hérold : M. le Dr Julien Marie. — Policlinique du Boulevard-Ney : M. le Dr Clément Laujay. — Enfants-Assistés : M. le Prof. Lereboullet. — Saint-Louis (annexe Grancher : M. le Dr Stevenin.

Laboratoires de bactériologie de secteur. — 1° A l'hôpital Trousseau (remplacement de M. le Dr Rouquès, passé à l'hôpital Raymond-Poincaré à Garches), M. le Dr Delay, médecin des hôpitaux.

2° A l'hôpital Boucicaut (remplacement de M. le Dr Levy-Bruhl), M. le Dr Moussoir, médecin des hôpitaux.

3° A l'hôpital Bichat (remplacement de M. le Dr Layani), M. le Dr Mauric (bi-admissible) à titre provisoire.

Faculté de Médecine de Paris. — Ont été chargés d'enseignement : MM. Duvoir, agrégé (médecine légale) ; Gastinel, agrégé (bactériologie) ; Cordier, agrégé (anatomie, en remplacement de M. Hovelacque, professeur décédé).

Le titre de professeur honoraire a été conféré à MM. les professeurs Balthazard, Nobécourt et Mulon, retraités.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Le titre de professeur honoraire a été conféré à M. Petges, retraité.

— La XXXVe série d'études pour la préparation au diplôme de *Médecin colonial* de l'Université de Bordeaux et au brevet de *Médecin de la Marine Marchande* (novembre-décembre 1940), a été suivi par 15 auditeurs.

Après examen, ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux :

MM. Andriamasy, Mlle Bureslé, Dr Dubarry, Dr Duval, MM. El Fazaa, Fadl, Lafargue, Mahjoub, Moreau, Nancy, Sahly, Vedrenne.

Sont proposés pour l'inscription au tableau des médecins brevetés de la marine marchande :

MM. les Drs Duval, Labbé, Lafon, Meignié, Pauliac, Zozol.

La XXXVIe série d'études aura lieu du 3 novembre au 20 décembre 1941. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Voir la suite des Informations, page 54.

Ordre National des Médecins

Conseil Supérieur de l'Ordre

60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e)

Le Conseil Supérieur de l'Ordre a tenu sa 3e session du samedi 4 au mardi 7 janvier 1941.

Il a achevé la nomination de tous les Conseils des Ordres départementaux de la France métropolitaine et a rédigé pour eux des instructions détaillées, leur permettant un fonctionnement immédiat.

Il a envoyé aux Conseils départementaux des directives pour l'installation des jeunes médecins et des médecins réfugiés, pour l'organisation des secrétariats administratifs et pour l'inscription de tous les médecins exerçant au Tableau de l'Ordre, ainsi que des instructions permettant ultérieurement un reclassement des médecins sur le territoire national.

Il a établi le Code de Déontologie, qui sera incessamment publié.

Il a été saisi de différents litiges entre administrations et médecins ; il en poursuit l'étude et la solution.

Il a été décidé qu'aucun groupement d'études corporatives ne pourra se constituer et fonctionner s'il n'a préalablement déposé ses statuts au Conseil Supérieur de l'Ordre et obtenu son autorisation.

Par ailleurs, ces groupements devront rendre compte de leur activité au Conseil Supérieur de l'Ordre.

Le problème de la retraite a été abordé et sera prochainement résolu.

Le Prof. Boudet a été nommé vice-président du Conseil de l'Ordre (zone libre).



LES TROUBLES DES RÉACTIONS VASO-TISSULAIRES OBJET DE LA PHYSIOTHÉRAPIE REFLEXOGÈNE

Par M. Louis Alquier

D'innombrables troubles sont dus aux réactions défensives de l'organisme, si ces réactions sont excessives, déséquilibrées ou frappées d'inhibition.

Ils apparaissent au cours d'états morbides divers, sans appartenir en propre à aucun. S'ils coïncident avec quelque lésion organique, l'évolution de la lésion n'explique pas la variabilité et la curabilité des troubles réactionnels. Par exemple à des malformations rachidiennes immuables, spina bifida ou sacralisation lombaire, à des lésions radiologiquement évidentes : exostoses, vertèbres sombres ou pâles, s'associent des douleurs variables, qui guérissent parfois complètement, malgré la persistance de la lésion osseuse. Ces douleurs sont dues à l'enraidissement des parties molles voisines ; exaspérées par toute congestion ou recrudescence de l'enraidissement, elles cèdent avec sa détente.

Ailleurs, la cause morbide est latente ou guérie et oubliée; seuls les troubles réactionnels attirent l'attention, et c'est en recherchant le point où ils atteignent leur maximum d'intensité qu'on arrive à dépister leur cause.

L'étude objective des réactions morbides montre, en plus des troubles vaso-moteurs, bien connus depuis les belles leçons de Vulpian (Appareil vaso-moteur, 2 volumes 1874-75 Germer Baillère), les manifestations d'une rétractilité neurotonique des tissus interstitiels. Si cette rétractilité a échappé si longtemps aux investigations des cliniciens, c'est qu'elle ne se manifeste que par ses écarts pathologiques : insuffisance ou excitation. A l'état normal, les tissus interstitiels ne présentent d'autre réaction que leur élasticité; même alors, un examen attentif montre que la fermeté des chairs au repos, ce qu'on appelle le tonus des parties molles, ne dépend pas seulement des muscles, mais aussi des tissus interstitiels, flasques ou rétractés.

Les troubles vaso-moteurs ont pour caractères, l'instabilité, la variabilité, le déséquilibre incohérent. La pression du doigt sur la peau y marque une tache blanche, puis rouge ; rien n'est plus variable que les réactions locales et à distance, produites par le frottement de la peau avec l'ongle ou une tête d'épingle. Cependant, les signes ainsi tracés persistent parfois des semaines entières en dermographisme rouge ou blanc et, parfois encore, la saillie blanche qui marque le trajet du frottement est prurigineuse comme une papule d'urticaire. Dans l'état de choc, des marbrures roses et blanches s'entremêlent et changent de place et de forme de la façon la plus irrégulière, mais certains sujets font leurs troubles toujours suivant le même type : vasodilatation chez les uns, vaso-constriction chez d'autres ; ailleurs, congestion artériolaire rouge associée à la teinte violacée de la distension veinulaire.

Depuis Vulpian, médecins et chirurgiens s'efforcent de combattre les troubles vaso-moteurs. Des pressions exercées sur les globes oculaires, la bifurcation de la carotide primitive, les plexus périartériels abdominaux, modifient le rythme du cœur et les réactions des vaisseaux sanguins : l'activation artérielle par pressions perpendiculaires à l'axe du vaisseau, ou par étirements parallèles à son trajet, dans le sens du courant sanguin, est le meilleur traitement des crises vaso-constrictives ; elle a sauvé de l'amputation des membres que condamnait l'insuffisance artérielle. Des pressions ou étirements dirigés à contre courant sanguin, freinent l'activité artérielle excessive. Et les chirurgiens, par sympathectomie périartérielle, savent qu'après une vaso-constriction initiale énergique, l'artère dénudée acquiert un débit meilleur, avec circulation collatérale intensifiée, tandis que la ligature d'une artère atteinte de périartérite congestive, est le point de départ de troubles vaso-moteurs avec irritation nerveuse, qui nécessitent parfois la résection de l'artère ligaturée.

Pour intéressants que soient ces faits, ils n'expliquent pas tout, et l'étude limitée aux seuls troubles vaso-moteurs est loin de suffire à diriger utilement la thérapeutique des perturbations réactionnelles.

Au cours du siècle dernier, les empiriques s'attaquèrent aux enraidissements des parties molles, écrasant sous leurs doigts les nodosités sous-cutanées douloureuses et les raideurs musculaires, dites « myosites ou myites », ou dissociant brutalement les enraidissements pelviens des affections gynécologiques, tandis que les rebouteux devaient leur réputation à leurs malaxations des indurations et enraidissements. Puis, les ostéopathes et chiropractors ont ajouté la réduction des déplacements squelettiques dus aux rétractions des chairs causant ainsi trop souvent, de douloureuses ruptures de tissus fragilisés par une inflammation chronique.

A cet empirisme grossier, Stapfer et ses élèves ont substitué des notions plus précises : ils ont montré que le processus appartenait tout entier aux tissus interstitiels, et en ont indiqué les caractères histologiques. Les petits vaisseaux sanguins sont gorgés de sang par congestion, et celle-ci devient exsudative, inondant de sérosité les lacunes des tissus interstitiels, qui apparaissent distendues. Le tissu conjonctif lui-même est, à la longue, à peine épaissi, sans rien qui rappelle l'inflammation.

Pourquoi cet enraidissement, simple réaction fonctionnelle, réductible par le massage, a-t-il été étiqueté Cellulite? Il ne s'agit ni d'une maladie des cellules, ni d'une inflammation diffuse, comme celle de la cellulite purulente ou gangréneuse. Enfin, loin de se cantonner au tissu sous-cutané, à qui Bichat avait donné le nom de tissu cellulaire, en raison des logettes que l'insufflation d'air y produisait artificiellement, l'enraidissement atteint tous les points du corps occupés par les tissus interstitiels.

Malgré tout, le terme de Cellulite s'est imposé en France, tout en restant ignoré à l'étranger. En 1933, un ouvrage de M. Guy Laroche et Mme Meurs-Blatter, paru sous ce titre chez Alcan, donne une excellente mise au point de la question, et le même titre m'a été imposé, pour le livre où je consignais le résultat de mes recherches personnelles (Masson 1933).

Depuis, une meilleure interprétation a conduit à une technique simplifiée et plus active, et, s'il reste encore beaucoup à apprendre, nous possédons actuellement des directives et des moyens d'action suffisants pour interpréter et traiter les troubles réactionnels.

Les tissus interstitiels ne sont pas simplement élastiques, mais animés d'un neurotonus rétractile qui dépend, comme la vaso-motricité, de l'innervation végétative. L'inhibition de ce neurotonus tissulaire détermine l'atonie et la flaccidité, l'hypertonie, l'enraidissement. Celui-ci est permanent, simulant la sclérose, dont il diffère par sa variabilité et sa curabilité ; certaines irritations provoquent, dans les tissus interstitiels de véritables spasmes aigus. Une démonstration quasi expérimentale est, trop souvent, fournie par l'enraidissement que provoque une injection hypodermique irritante. Brusquement, le spasme étreint la boule d'œdème que forme sous la peau le liquide injecté. Il l'enraidit et la transforme en un noyau irrégulier de cellulite. Puis, dès que le spasme cède, l'œdème redevient souple et se résorbe ; au contraire, la persistance du spasme est le point de départ de ces nodosités dures, indéfiniment persistantes, présentant des réveils douloureux du spasme, à toute irritation, et curables par détente tissulaire, même après de longues années.

Ceci permet de considérer la cellulite et les œdèmes lymphatiques comme le résultat d'exsudats nocifs non résorbables par retour direct au sang d'où ils sortent. Ils deviennent partie intégrante de la lymphe et cheminent avec elle diffusant de proche en proche, ou draînés par le système adéno-lymphangitique. Le neurotonus rétractile intervient alors pour freiner le cheminement de la lymphe nocive, circonscrivant les œdèmes de barrages rétractiles ou étreignant de toutes parts des exsudats moins abondants pour leur donner l'aspect des placards et nodosités qui caractérisent la Cellulite. Toujours, la détente des spasmes et enraidissements est indispensable à la fonte des œdèmes

et masses cellulitiques, mais leur cheminement détermine souvent sur leur trajet, de nouvelles réactions irritatives. Celles-ci ont une importance particulière si elles enserrent d'une gaîne rétractile les paquets vasculo-nerveux et les ganglions ou autres éléments nerveux (1). L'irritation qui en résulte atteint tous les réflexes régis par l'innervation végétative, ainsi que les éléments du système nerveux cérébro-spinal étreints par la rétraction. La détente des spasmes met fin à l'irritation nerveuse et permet de mesurer ses conséquences.

Voici donc bien nette, la directive essentielle du traitement : rétablir le cheminement de la lymphe nocive jusqu'aux veines sous-clavières. Irritation nerveuse et troubles vaso-moteurs sont immédiatement améliorés, et la nutrition générale bénéficie d'une meilleure irrigation sanguine et lymphatique.

Mais la répétition incessante des causes morbides fait que, plus ou moins vite, l'organisme tout entier est envahi par des bouffissures, spasmes et enraidissements. Les chairs acquièrent alors les caractères de l'arthritisme, des états rhumatoïdes, et, même en l'absence de toute affection évolutive, la cellulite généralisée devient une véritable maladie (2), dont les symptômes empoisonnent littéralement l'existence, sans que sa durée soit nettement compromise par la Cellulite.

Innombrables sont les troubles nerveux de tout ordre, et les manifestations générales qui cèdent avec le nettoyage de l'appareil conjonctivo-lymphatique (3). Souvent, alors, il prend la valeur d'une véritable cure de rajeunissement.

La technique essaie de reproduire, aussi fidèlement que possible, les excitations physiologiques qui commandent la circulation du sang et de la lymphe, en évitant soigneusement toute irritation inutile, en s'adaptant aux possibilités du moment et aux variations incessantes des réactions.

La main guide et contrôle cette réflexothérapie. Souvent, elle suffit à produire les excitations désirables. Souvent aussi, elle est aidée par toute une série de vibrations susceptibles de modifier favorablement la réflectivité vaso-tissulaire, et sélectionnées de manière à ne produire que l'excitation utile, sans cesse modifiable en vue du rendement maximum, sans irritation ni fatigue.

Ainsi comprise, la physiothérapie réflexogène s'efforce de demeurer toujours physiologique, de s'adapter aux incessantes variations des réactions vaso-tissulaires, d'exploiter toutes les possibilités du moment et de les augmenter par son action sur les réactions défensives de l'organisme (4).

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 30 mai 1934. La cellulite est une réaction conjonctive-lymphatique — et 29 nov.-2 déc. 1939. Les réactions irritatives vaso-névritiques.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 2 août 1939. La cellulite maladie.
(3) Les réactions neuro-vasculo-tissulaires en clinique. *Gazette des Hôpitaux*, 5 juin, 3 et 17 juillet, 14 août 1929.
(4) La réfléxothérapie des réactions neurotoniques. *Presse Médicale*, 1er juin 1938.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mardi 7 janvier. — Jury : MM. Duval, Gougerot, Lenormant, Basset. — M. Cossart. Classification des rectites et leur traitement. — M. Meyer. Bursites sous-deltoïdiennes. — M. Tenine. Contribution à l'étude de l'élasthorrexie systématique. — M. Denoix. Le traitement chirurgical des hématémèses graves.

Mercredi 8 janvier. — Jury : MM. Couvelaire, Lœper, Mondor, Lelong. — M. Bret. La grossesse et l'accouchement après curiethérapie cervico-utérine. — M. Goulesque. Contribution à l'étude du traitement des ruptures obstétricales complètes anciennes du périnée. — M. Alster. Sténose de l'angle duodéno-jéjunal par péritonite tuberculeuse. — Mme Lamotte-Barillon. Polyurie glycogénique hypophysaire glycogénotrope.

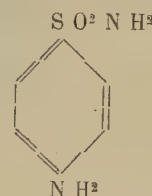
Vendredi 10 janvier. — Jury : MM. Lemierre, Harvier, Troisier, Patel. — M. Nguyen-The-Dai. Contribution à l'étude du traitement des septicémies par les injections intraveineuses de gonacrine. — M. Gauchon. Contribution à l'étude clinique de l'anémie benzolique. — Mme Hanaut-Rouvier. La tuberculose miliaire aiguë du pharynx. — M. Genevrier. La primo-infection tuberculeuse de la conjonctive. — M. Gonfroy. La tuberculose des femmes castrées.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la pneumonie par la sulfapyrine M. et B. 693

Par L. Babonneix (1)
Membre de l'Académie de Médecine

On sait qu'en 1935, Domagk a eu l'immense mérite d'attirer l'attention sur les propriétés antistreptococciques de la sulfamidochrysoïdine, matière colorante azoïque qui, pour M. et Mme Tréfouël, Nitti et Devet, se scinde, dans l'économie, en deux fragments : l'un est le triaminobenzène, dépourvu de toute propriété antiseptique ; l'autre, la paraaminophénylsulfamide, aussi actif que le corps dont il dérive dans les infections expérimentales à streptocoques,

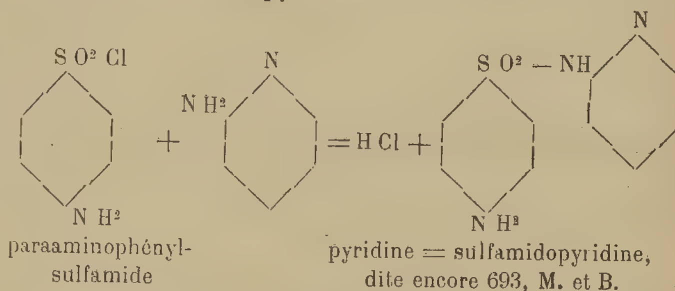


Paraaminophénylsulfamide
(1162 F.)

mais, en plus, capable d'atténuer ou de juguler d'autres infections contre lesquelles les azoïques se montrent impuissants, et qui, grâce à son extrême diffusibilité, diffuse dans le liquide céphalo-rachidien — d'où son emploi dans toutes les méningites aiguës non tuberculeuses.

Ce corps a lui-même donné naissance à deux séries de produits. Dans les uns, les modifications ont porté sur la fonction aminée fixée sur le noyau, et, dans les autres, sur l'azote de la fonction sulfamide (2).

Laissons, pour aujourd'hui, de côté, les dérivés de la première série et occupons-nous seulement de ceux appartenant à la seconde série, où la fonction aminée NH^2, fixée sur le noyau, reste intacte. L'un d'eux résulte de la combinaison du sulfochlorure correspondant à la sulfamide simple sur l'α amino-pyridine.



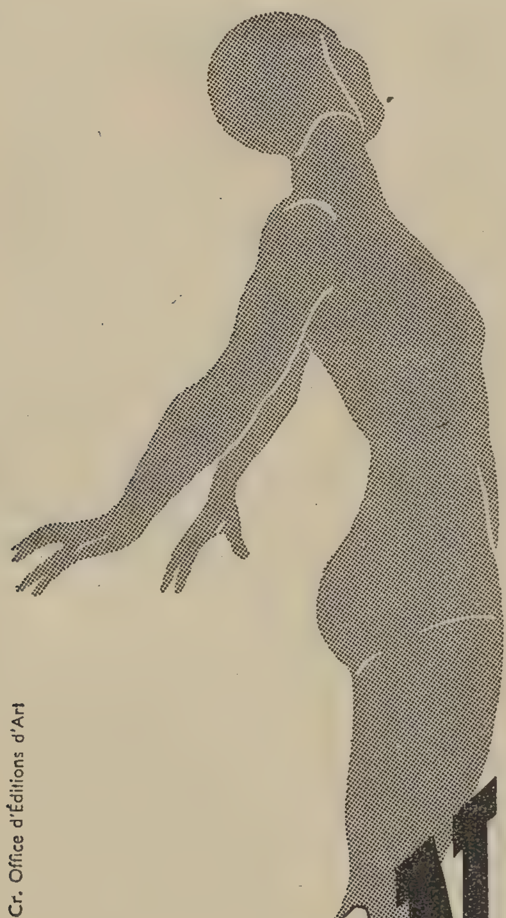
paraaminophényl-sulfamide pyridine = sulfamidopyridine, dite encore 693, M. et B.

Cette sulfamidopyridine, dont le nom déposé est Dagénan, est utilisée depuis longtemps et avec succès dans le traitement des infections pneumococciques. Pour M. F. Koller, qui vient de lui consacrer un intéressant article dans la *Revue médicale de la Suisse romande* (n° 2, 25 février 1940, p. 105-112), ces propriétés thérapeutiques se fondent sur des recherches expérimentales. C'est à Whitby que revient le mérite d'avoir démontré, au laboratoire, le pouvoir antipneumococcique de la sulfapyridine (1938) ; des souris traitées préventivement ont résisté à une dose de

(1) Cf. *Gaz. Hôp.* 1939, n° 34. Ibid. 1940, nos 33-34.
(2) Ernest Fourneau. L'antisepsie interne des maladies microbiennes par les dérivés du soufre (*Gazette des Hôpitaux*, n° 34, 29 avril 1939, p. 577-581).

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
BROMÉSÉRINE Laboratoires STELVIA (G. Blaque) 59, rue Boissière, Paris (16e)	*Première association stable et pratique des bromures de Ca et de Na et du salicylate d'ésérine* (2 dragées à *croquer* à chaque repas)	Tous les syndromes fonctionnels (troubles neuro-digestifs » neuro-cardiaques » neuro-glandulaires)
CYCLITON "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Analeptique central* Gouttes : 20 à 40 p. j. et plus Comp. : 2 à 5 p. j. et plus Amp. 2 cm³ : 1 à 3 p. j. et plus	Défaillances cardio-respiratoires Collapsus
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
PHILENTÉROL Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin polyvalent buvable* (colibacilles, entérocoques, staphylocoques) Une ampoule par jour pendant dix jours. Reprendre la cure si nécessaire après un repos de huit à dix jours	Colites, Diarrhées, Grippe intestinale, Syndrome entéro-rénal, Appendicites, Cystites, Pyélo-néphrite gravidique Vaccination pré- et post-opératoire
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide (Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SÉDORMID "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Hypnogène non barbiturique* Comp. à 0.25 (dose sédative) 1 comp. 2, 3 ou 4 fois p. j. (dose hyp.), 2 comp. au coucher	Toutes insomnies Anxiété
SEL DE HUNT Laboratoire Alph. BRUNOT 16, rue de Boulainvilliers, Paris (16e)	*Granulé friable, à base de carbonates absorbants, neutralisants et calmants* (Na, Ca, Mg)	Hyperchlorhydrie Fermentations acides Gastralgies
STALYSINE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif antistaphylococcique* *Injectable* : Injection initiale de 1/2 cc. Les suivantes de 1 cc. tous les jours *Voie buccale* : Une ampoule le matin, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections d'origine staphylococcique Furonculose, Anthrax, Acné, etc...


Cr. Office d'Éditions d'Art

pneumocoques 10.000 fois plus forte que la dose mortelle ; Evans et Gaisford ont rapporté ensuite les premiers résultats cliniques : sur 100 cas de pneumonie franche traités par le 639 M. et B., ils ont constaté 8 décès, tandis que, sur 100 cas témoins, traités selon les méthodes habituelles, ils en ont observé 27.

Dès 1937, M. Koller avait commencé à étudier l'effet curatif des dérivés de la sulfanilamide dans différentes infections. Leur emploi sur une grande échelle s'est trouvé entravé, toutefois, par des phénomènes secondaires désagréables. Le 693 M. et B. paraissant à la fois le plus efficace et le moins nocif, il s'est borné, dès l'hiver 1938-39, à utiliser ce seul dérivé de la sulfanilamide dans le traitement de la pneumonie. Les résultats obtenus jusqu'à présent, peuvent être condensés comme suit :

L'*abaissement de la mortalité* représente évidemment le critère le plus sûr pour juger de la valeur du traitement d'une maladie telle que la pneumonie. La mortalité par suite de pneumonie franche avait été relativement élevée (30 à 40 %) à la clinique de l'auteur au cours de ces dernières années. Or, avec le 693 M. B., elle est tombée à 6,2 %.

Quelle est son *action sur l'évolution* ? Le médicament ramène la température à la normale dans les vingt-quatre à soixante-douze heures; en même temps, le pouls redevient normal. Toutefois, la résorption de l'infiltration pneumonique ne se fait pas plus rapidement que dans les cas traités par d'autres moyens ; la matité et l'ombre radiologique subsistent encore assez longtemps.

L'auteur n'a constaté aucune différence notable dans la réaction des divers types de pneumocoques au médicament. C'est là un des avantages les plus importants du traitement au 693 M. B., comparé à la sérothérapie : la détermination du type des pneumocoques, réalisable seulement dans les laboratoires spécialement outillés, n'est plus nécessaire.

Fait important : des pneumonies vieilles de six jours et plus réagissent, pour la plupart, de la même façon que les cas traités dès le deuxième ou le troisième jour. Il est vrai que, dans ces cas, il est souvent impossible de savoir si la défervescence est spontanée ou due au traitement. Cette objection ne saurait cependant être valable pour la majorité des cas de l'auteur, puisque, comme nous l'avons exposé plus haut, la chute de la température s'observe de façon constante dans les vingt-quatre heures (rarement dans les quarante-huit à soixante-douze heures) après le début du traitement, indépendamment du stade de la maladie.

Quelle est l'influence du médicament sur les complications, en particulier sur la *formation et l'évolution de l'empyème ?* Sur ses 81 cas récents de pneumonie franche de l'adulte, l'auteur n'a jamais rencontré cette complication : d'où l'impression que l'empyème se forme moins souvent dans les cas traités par le 693 M. B. que là où d'autres médications ont été employées. L'empyème une fois formé, le médicament reste inactif sur lui. On constate assez souvent des exsudats pleuraux, para ou post-pneumoniques, séreux ou légèrement troubles, qui se résorbent spontanément.

Des *phénomènes secondaires*, les plus fréquents, et non les moins désagréables, sont les *nausées* et les *vomissements*, parfois si intenses que le malade se refuse à continuer le traitement. Or, un traitement insuffisant est d'autant plus fâcheux qu'il rend les pneumocoques résistants à la chimiothérapie. Il faut donc, soit insister auprès des malades, soit substituer aux comprimés, administrés *per os*, les injections intramusculaires du produit solubilisé.

L'auteur n'a jamais constaté, à la suite du traitement, d'agranulocytose, pourtant signalée par quelques auteurs anglais. Mais il n'est pas rare d'observer un léger abaissement du taux de l'hémoglobine, phénomène passager dû à la désintégration d'une partie de ce pigment, qui donne lieu à une porphyrinurie transitoire. Ces produits de décomposition de l'hémoglobine sont probablement aussi la cause de la *cyanose*, parfois assez marquée et que l'on attribuerait à tort à une défaillance cardiaque. Tous ces phénomènes disparaissent rapidement et spontanément après l'interruption de la chimiothérapie.

Des éruptions cutanées avec poussée fébrile s'observent parfois.

Les polynévrites conduisant à des paralysies transitoires n'ont jamais été constatées pendant ou après le traitement.

Pour la *posologie*, il est essentiel d'établir les principes suivants :

Donner de *fortes doses au début*, pour empêcher les pneumocoques de s'habituer au médicament et de devenir sulfamino-résistants.

Continuer le *traitement jour et nuit*. Ne se laisser influencer ni par le besoin de repos du malade, ni par ses nausées et ses vomissements, ni par sa cyanose. C'est la courbe de température, et non pas l'état momentané du malade, qui doit dicter la posologie. Le succès dépend entièrement de l'énergie avec laquelle le traitement est dirigé.

Ne *pas arrêter le traitement une fois la température descendue*, mais continuer quatre à six jours sans fièvre, en diminuant progressivement les doses, ceci pour empêcher une rechute.

M. Koller commence, chez l'adulte (1), par 2 tablettes de 0 g. 5 toutes les deux heures jusqu'à ce que la température soit descendue à 37°. Cela fait une dose totale de 8 à 12 grammes le premier jour. Si la température ne descend pas nettement au bout de quarante-huit ou de soixante-douze heures au plus tard, il ne s'agit pas d'une pneumonie à pneumocoques et la continuation du traitement est inutile.

Si la température descend d'abord à la normale, pour remonter les jours suivants, recommencer les fortes doses du début (2 tablettes toutes les deux heures), à moins que l'on ne trouve comme cause de cette deuxième période fébrile une complication telle qu'un exsudat pleural.

Une fois que le patient est apyrétique, on lui donnera 2 tablettes toutes les quatre heures le premier jour, puis, en diminuant graduellement, 4 fois 2 tablettes le jour suivant, puis 3 fois 2 tablettes le troisième jour, 3 fois 1 tablette le quatrième jour et, éventuellement, encore 2 fois 1 tablette les cinquième et sixième jours. La dose totale sera, de cette façon, de 25 à 35 grammes, au plus. Elle est sensiblement plus élevée que celle qu'on avait l'habitude d'administrer il y a une année. Ce sont les observations nombreuses de traitements insuffisants et inefficaces qui ont amené à augmenter les doses.

On peut faciliter l'ingestion du Dagénan en donnant les tablettes dans du jus de fruits ou avec du bicarbonate de soude.

Les injections de « soludagénan » (solution de 33 % du sel de sodium de la sulfapyrine), sont très précieuses lorsque l'administration buccale devient impossible à cause des vomissements. On peut injecter par voie intramusculaire, deux ou trois fois par jour, 2 ampoules contenant chacune 1 gramme de 693 M. B. Cette solution, assez fortement alcaline, produit une réaction tissulaire qui peut devenir douloureuse si les injections sont répétées pendant plusieurs jours. Pour parer à cet inconvénient, on peut diluer le médicament dans du sérum physiologique (2 ampoules de 3 centimètres cubes dans 20 centimètres cubes de sérum). Pour réduire le nombre des injections, il est avantageux de combiner le traitement parentéral avec l'administration par voie buccale.

(1) Chez l'enfant, on comptera 1 gramme par jour et par 10 kilogrammes de poids corporel.

Il semble qu'une certaine apathie, et même une désorientation psychique passagère ne soient pas rares après les injections.

L'auteur ajoute que le traitement chimiothérapique est très bon marché, puisqu'il revient à 10-12 francs (suisses il est vrai), par cure, et qu'il ne nécessite pas de recherches de laboratoire compliquées. C'est là un avantage sérieux, aussi bien en clientèle civile que dans l'armée.

Il est intéressant de constater que l'opinion de l'auteur suisse coïncide avec celle des auteurs français, ainsi qu'il résulte de la magistrale conférence de M. Pasteur Vallery-Radot, publiée ici même (*Gaz. Hôp.* 1940, nos 67-68).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 14 JANVIER 1941

Notices. — M. NOBÉCOURT lit une notice nécrologique sur M. le médecin général inspecteur LASNET, et M. GAUTRELET rappelle les travaux de M. ABELOUS (de Toulouse), récemment décédé.

A propos des tumeurs bénignes de l'estomac. — M. GUILLAUME-LOUIS (de Tours). — Les tumeurs bénignes, si on compare leur fréquence à celle du cancer sont assez rares ; elles ont été bien étudiées en 1925 dans la thèse de Rivière (d'Alger).

M. Guillaume-Louis en rappelle l'essentiel à propos d'un cas type d'adénome gastrique, pour lequel il a fait une gastrectomie suivie d'une guérison parfaite.

L'adénome est peu fréquent dans les statistiques de la clinique Mayo. De 1907 à 1921, on a opéré 27 tumeurs bénignes contre 2.000 opérations pour cancer gastrique.

Les adénomes évoluent à bas bruit, on croit à une gastrite simple ou à une dyspepsie nerveuse avec sensation douloureuse à la région épigastrique. Rarement d'hématémèses. Evolution lente.

Les tumeurs sont mobiles, sessiles ou pédiculées ; ce sont essentiellement des *tumeurs précancéreuses*. Chez les sujets âgés, il faut toujours craindre la possibilité d'une dégénérescence et pratiquer non une gastrotomie, mais une gastrectomie large. Dans ces tumeurs, d'ailleurs, disait Lecène, il n'existe ni adhérences, ni envahissement ganglionnaire.

Antagonisme et synergie des hormones ovariennes. — M. R. COURRIER. — Il existe entre les deux hormones de l'ovaire un antagonisme ou une synergie suivant les quantités de produits en présence, suivant les récepteurs sur lesquels ils agissent, suivant l'espèce animale soumise à l'expérience. Le problème a un intérêt pratique évident ; il est intéressant au point de vue théorique car les résultats démontrent que les actions endocriniennes s'exercent ici dans des limites quantitatives très précises.

L'étude endocrinologique de la grossesse fournit des preuves démonstratives d'antagonisme et de synergie hormonales.

Une dose quotidienne de 5 milligr. de progestérone permet le maintien de la grossesse chez la lapine castrée ; mais l'avortement survient si l'on adjoint à cette dose 1/75e et même 1/300e d'œstradiol. Une dose quotidienne de 5 milligr. de progestérone par jour est incapable d'assurer le maintien de la grossesse chez la femelle ovariectomisée, mais si l'on injecte en même temps o γ o3 d'œstradiol (rapport 1/1600e), la synergie s'exerce et la grossesse peut évoluer.

Les corrélations fonctionnelles des deux homones sont importantes à étudier chez la femme dans la deuxième partie du cycle menstruel ; elles interviennent sans doute dans le déterminisme de la menstruation.

L'existence de ces relations endocriniennes démontre que le dosage d'une seule hormone ne saurait renseigner d'une façon précise sur sa valeur physiologique quand la seconde hormone est présente. Il importe de connaître le rapport quantitatif des deux hormones et le comportement de chacun des récepteurs vis-à-vis de ce rapport.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1940

A propos de réinfections tuberculeuses d'origine exogène ou endogène. — R. BENDA, Guy BLANE et R. COSSART. — Observations de deux malades, dont l'un a pu être suivi pendant plus de onze années, et chez lesquels les circonstances qui ont précédé la réinfection suggèrent l'idée de son origine exogène (contamination hospitalière dans le premier cas, contamination paternelle dans le second).

La preuve du réveil d'un ancien foyer latent est facile à fournir chez le premier malade (découverte de bacilles virulents dans une calcification pulmonaire prélevée à l'autopsie). Elle est aussi certaine chez le deuxième malade (apparition de lésions évolutives autour d'un nodule calcifié isolé au milieu d'un parenchyme sain).

Les auteurs soulèvent l'hypothèse d'une action mixte exogène et endogène en soulignant que dans des cas l'interprétation pathogénique est délicate.

Deux cas de tumeurs calcaires du sein. — H. HILLEMAND, Mme TEDENOET, Mme NALPA. — Deux observations de tumeurs calcaires du sein évoluant depuis de longues années chez des femmes âgées. Les auteurs insistent sur l'étude anatomique et biochimique de l'un de ces cas. Ils rapprochent ces faits des concrétions calcaires au cours d'autres affections et rappellent en pareil cas, le rôle fondamental des modifications locales d'affinité tissulaire.

L'intradermoréaction à la toxine dysentérique. Valeur de l'intradermoréaction à la toxine shiga comme test de réceptivité. — H. GOUNELLE, A. BOHN, Cl. KOSKAS et J. MARCHE. — L'épreuve pour le diagnostic étiologique de la dysenterie bacillaire. Alors que l'intra-dermo-réaction avec les produits de bacilles de Flexner ne provoque aucune réaction, l'intra-dermo-réaction avec la toxine Shiga a été trouvée en général positive dans les cas témoins et dans les dysenteries à bacilles de Flexner et moins fréquemment positive dans les dysenteries à bacilles de Shiga.

Œdèmes survenant au décours de dysenteries bacillaires graves. Pathogénie. — H. GOUNELLE, A. BOHN, J. MARCHE et Cl. KOSKAS. — Cas d'œdèmes au début de la convalescence de dysenteries graves à bacille de Shiga ; peu durables, toujours survenus au moment des premières sorties des malades. Il est vraisemblable d'admettre l'origine humorale et tissulaire de ces œdèmes, la dysenterie sévère entraînant des perturbations du milieu intérieur et surtout une rétention de sodium avec élimination urinaire de potassium uni au chlore. Il est logique de penser que lors de la convalescence le sodium libéré en masse entraîne une rétention œdémateuse transitoire jusqu'à sa complète élimination.

Lymphome splénique traité chirurgicalement avec succès. — BRULÉ, HILLEMAND et ISCHWALL. — Homme de 56 ans, entré à l'hôpital pour une grosse rate isolée. Il est splénectomisé. Les coupes démontrent qu'il s'agit d'un lymphome. Le malade revu quatre ans après ne présente ni gros foie, ni ganglions, ni modifications sanguines. Les ponctions de sternum et de foie restent indemnes. Les auteurs mettent en parallèle les résultats excellents de la splénectomie dans ce cas et ont des irradiations auxquelles ces formes de leucémie localisée sont très sensibles.

Note complémentaire sur l'emploi du para-amino-phényl sulfamide dans le traitement de la dysenterie bacillaire présenté par M. H. GOUNELLE). — MM. R. LACOMBE et G. MARCHE ont traité dans un camp 87 sujets atteints de dysenterie bacillaire par le 1162 F et 62 autres par les divers traitements banaux habituels. Le sulfamide a présenté une supériorité certaine par sa rapidité d'action ; il convient de donner des doses importantes de 1162 F (5-6 grammes par jour au début), d'instituer le traitement aussi précocement que passible et de ne pas le cesser trop vite.

Parotidites bilatérales traînantes survenues pendant la convalescence des dysenteries bacillaires. — MM. GOUNELLE, A. BOHN et J. MARCHE ont observé chez trois de leurs convalescents de dysenterie bacillaire une parotidite bilatérale tardive à évolution insidieuse et traînante qui paraît bien être en rapport avec la dysenterie antérieure.

Un cas de panartérite aiguë des quatre membres, avec névrite cubitale, au cours d'une dysenterie à bacilles de Flexner (présenté par M. H. GOUNELLE). — MM. J. JACQUIER et M. RYMER. — Observation d'un syndrome de thrombo-artérite multiple survenu au cours d'une dysenterie à bacilles de Flexner chez un sujet exempt de tare antérieure. Le spasme semble avoir joué un rôle considérable comme en témoignent la sédation procurée par l'acétylcholine et le caractère transitoire de l'atteinte des membres droits et du membre inférieur gauche ; l'ischémie fut plus durable au membre supérieur gauche où une névrite cubitale lui fut associée.

Les paradentoses et leur traitement ; ancienne pyorrhée alvéolaire ou maladie de Fauchard, par A. JEAN-HELD, privat-docent de l'Université de Genève, préface du Dr Julien TELLIER. — Un volume de 322 pages avec 160 figures. Prix : 80 francs, à Paris, chez Masson et Cie, 1939.

La psychiatrie et les sciences de l'homme, par le Dr G. VILLEY. — Un volume de 194 pages, chez Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1938. Prix : 30 fr.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Comité Sanitaire de la Région Parisienne (Organe d'Etudes et de Coordination de la Corporation Sanitaire)

Séance du 17 décembre 1940

M. Gloess a entretenu le Comité de l'invitation des autorités allemandes à laquelle il s'est rendu en plein accord avec M. le professeur Loeper, président de l'Association de la Presse Médicale Française pour examiner les demandes d'autorisation des périodiques médicaux, au mieux des intérêts des périodiques français.

Les mêmes autorités, pour répondre aux observations du Comité relatives au déficit de la ration alimentaire, lui ont fait savoir qu'il appartenait aux médecins de délivrer des certificats motivés chaque fois qu'il leur apparaîtrait indispensable d'augmenter la ration d'un produit alimentaire contingenté.

M. Lafaye a indiqué les raisons techniques pour lesquelles un déficit prochain de viande paraît à craindre, bien que la ration alimentaire allouée corresponde à peu près aux quantités disponibles d'animaux de boucherie.

M. le Dr Barthe a lu une communication importante sur le *Médecin d'usine*. Il n'est pas un médecin de dispensaire d'usine ; son domaine est « un groupe de disciplines médico-techniques propres au milieu industriel ». C'est un médecin de prévention : prévention des accidents du travail, des maladies professionnelles, de l'usure de l'organisme ouvrier. Il se sépare nettement du médecin de soins, parce que ses attributions sont spécialisées. Outre les activités multiples qui lui sont demandées, dans sa spécialité médicale propre, il collabore avec les services techniques de l'usine, comme avec ses services sociaux. Il ne peut empiéter sur le domaine du médecin traitant, et respecte scrupuleusement le secret professionnel et le libre choix. Rôle médical, rôle technique, rôle social, rôle psychologique, telles sont ses tâches, toujours orientées vers la prévention. Bien loin d'être une charge pour l'entreprise, elle bénéficie de son activité dans tous les domaines et même dans le domaine moral, où il peut rendre de grands services à tous ceux de l'usine, dans l'asile du bureau médical. Il faut que les praticiens collaborent avec le médecin d'usine au lieu de s'en méfier ; il faut surtout que les industriels comprennent l'intérêt de son rôle.

M. le Dr Renaudeaux s'associe à cet espoir. Pour lui, le médecin d'usine est l'ingénieur de la machine humaine, et joue dans la santé du travailleur un rôle éminent.

Séance du 24 décembre 1940

L'aménagement du pays a été étudié d'une façon très objective dans une communication de M. Menabrea.

Le logement des familles nombreuses. — M. le Dr Renaudeaux a rendu compte des travaux du Comité de Coordination des Mouvements familiaux auxquels il vient de collaborer à Lyon. La question du logement y fut longuement traitée, et la place du médecin dans cette réforme soulignée. Les architectes eux-mêmes, qui ne sont pourtant que les agents des propriétaires, sentent le besoin d'une collaboration étroite avec les hygiénistes.

L'alcoolisme, autre conséquence du taudis, fut également au premier plan.

Nécrologie

LE PROFESSEUR D'ARSONVAL (1851-1941)

Paraître ne veux, quand être je peux, telle est la fière devise du blason des d'Arsonval.

Arsène d'Arsonval l'a réalisée pleinement, car personne plus que lui ne fut aussi simple, affectueux, accueillant et bon ; personne aussi, peut-être, qui eût un esprit plus ouvert à tout ce qui touche les sciences physiques et physiobiologiques.

Fils d'un ancien préparateur de Laënnec au Collège de France, il était devenu lui-même préparateur de Claude Bernard, après que ce dernier, pour avoir l'autorisation paternelle, eût écrit : « Je connais peu de jeunes gens aussi bien doués pour la culture des sciences ».

D'Arsonval fréquenta auprès du Maître l'élite des grands esprits de l'époque : Renan, administrateur de la Maison, les Becquerel, Pasteur, Grehand, Malassez, Paul-Bert, Brown-Séquard, Dastre, Berthelot, etc., etc...

D'Arsonval inventa une sonde thermo-électrique pour la recherche de la température intratissulaire, le galvanomètre Desprez-d'Arsonval, l'air liquide, la bouteille thermos, la fibre musculaire artificielle, etc.

Il étudia l'action de l'électricité sur les animaux, les effets de la lumière sur les tissus vivants.

Il devint aussi un inventeur industriel et un animateur de la technique électrique moderne. Il s'attaqua également avec Brown-Séquard, à l'étude de la sécrétion des organes et des glandes.

Mais c'est surtout l'édification de la haute fréquence au point de vue physique, biologique et thérapeutique sous ses différentes

formes : applications locales, effluvation, étincelage, diathermie, ondes courtes ; applications générales qui ont été mises au point dans leur principe par d'Arsonval.

Et ce fut au Congrès International de Berlin, en 1913, que le nom de *d'Arsonvalisation* fut adopté pour désigner toutes les applications de courants de haute fréquence dans le traitement des maladies.

D'Arsonval, par la diversité de ses inventions, rappelle les grands esprits encyclopédiques de l'époque médiévale. Il avait la vision nette de ce que son habileté manuelle pouvait faire jaillir d'une idée nouvelle.

Comme le dit son successeur Charles Nicolle, au cours de sa leçon inaugurale : « Le lecteur qui entreprend la lecture de vos travaux, éprouve le vertige. Tant de problèmes abordés ; un si grand nombre de faits acquis ; et cet enchaînement d'idées, d'appareils et de conclusions, vous ont fait le digne continuateur de Claude Bernard, vous en avez reçu la bonne parole et vous l'avez transmise ».

L. Delherm.

INFORMATIONS

(suite de la page 42)

Faculté de Médecine de Toulouse. — Ont été provisoirement chargés d'enseignement : Mlle Mathon (histoire naturelle, en remplacement de M. Martin-Sans, décédé) ; Boularan, agrégé (pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Caubet, retraité et nommé professeur honoraire).

Ecole de Médecine de Caen. — M. le professeur Desbouis est renouvelé pour trois ans dans les fonctions de directeur (du 1er décembre 1940).

Ecole de Médecine de Nantes. — M. le professeur Auvigne est renouvelé pour trois ans dans les fonctions de directeur (du 1er novembre 1940).

Médecins-assistants des dispensaires de l'Office Public d'Hygiène Sociale du département de la Seine. — Un certain nombre de postes de médecins-assistants des dispensaires de l'Office Public d'Hygiène Sociale du département de la Seine étant vacants, les médecins *phtisiologues* qui désireraient poser leur candidature sont priés de se présenter sans tarder au bureau 137 de l'Office, 9, place de l'Hôtel-de-Ville (Paris (4e), en présentant un *curriculum vitæ* accompagné de toutes pièces justificatives à l'appui (diplôme d'Etat de docteur en médecine, nationalité française, titres, etc.).

Tribunaux départementaux des pensions. — Le *J. O.* du 6 janvier publie, pp. 82 à 85, l'arrêté du garde des sceaux nommant les médecins membres des tribunaux départementaux des pensions pour l'année 1941.

Remise de la médaille au Professeur Nobécourt. — La cérémonie de la remise de la médaille offerte par ses amis et élèves au Professeur Nobécourt aura lieu au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole de Médecine, le dimanche 19 janvier 1941, à 10 h. 30.

Ligue Française contre le rhumatisme. — *Réunion clinique du 30 janvier 1941.* — La prochaine réunion clinique de la Ligue Française contre le rhumatisme aura lieu le jeudi 30 janvier 1941, à 9 h. 30 du matin, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, dans le service du Dr Weissenbach. Présentation de malades et de radiographies. Projections.

Délivrance des barbituriques. — Il est rappelé aux pharmaciens qu'ils ne doivent pas délivrer à leur clientèle, quelle qu'elle soit, sans ordonnance médicale, des substances toxiques telles que le véronal, le gardénal et en général, tous les barbituriques.

Le décret du 9 novembre 1937, qui a inscrit ces produits au tableau des substances vénéneuses, les a assimilés aux toxiques visés par le décret du 14 septembre 1916 qui ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin (*Bull. Méd. Off.*, 9 janv.).

Cours de la Faculté de Médecine. — Clinique de la tuberculose. — Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres (Prof. M. Jean Troisier). M. M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux et M. G. Brouet, agrégé, feront, durant les mois de janvier, février, mars 1941, dix leçons sur : *Quelques problèmes fréquents dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.* Ces cours auront lieu le *dimanche matin, à 10 heures 30*, salle des cours de la clinique de la tuberculose.

Première leçon : *Dimanche 26 janvier*, M. Bariéty : *Le processus ulcératif dans la tuberculose pulmonaire.*

Naissance

Marie-Jenny et Christine Vandecasteele sont heureuses de faire part de la naissance de leur petit frère Jean-Jacques, à Ciboure (Basses-Pyrénées), le 1er janvier 1941.

De la part du Dr et de Mme Vandecasteele et du Prof. et de Mme Jean Minet, de Lille.

Erratum. — Dans la Revue générale de M. Maurice Gaucher, *sur la hernie postérieure du disque intervertébral*, ajouter à l'index bibliographique, le travail sur le même sujet de MM. Bergouignan et Caillon, internes des hôpitaux de Bordeaux, paru ici même, en Revue générale, dans les numéros 24 et 26 de 1939.

Nous nous excusons auprès de nos lecteurs et des auteurs de cette regrettable omission.

— D'autre part, il s'est glissé une erreur typographique malencontreuse, p. 673, 3e paragraphe. Au lieu de « l'examen radiologique lipiodolé sous-rénal », il faut lire : « l'examen radiologique sous-dural ». L'erreur est du reste trop manifeste pour que les lecteurs n'aient pas fait d'eux-mêmes la rectification.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris





Nos 7-8. — 22-25 JANVIER 1941 114e ANNEE Le No 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Vaugirard 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Affectations en 1941 : 1° des ophtalmologistes chefs de service des hopitaux ; 2° des ophtalmologistes des hopitaux :

MM. les Drs Coutela, hôpital St-Louis ; Prof. Velter, Hôtel-Dieu ; Bourdier, hôpital Laënnec, en remplacement de M. le docteur Cantonnet ; Bollack, hôpital Tenon ; Monbrun, hôpital Necker, Enfants-Malades ; Prelat, hôpital Bichat ; Hartmann, hôpital Necker, Enfants-Malades ; Lagrange, Saint-Antoine.

MM. les Drs Favory, hôpital Cochin ; Parfonry, hôpital Ambroise-Paré ; Renard, hôpital Hérold ; Veil (Prosper), assistant de M. le Dr Bourdier ; Dollfus, hôpital Trousseau ; Hudelo, hospice de Bicêtre ; Voisin, hospice Raymond-Poincaré, à Garches.

Deux nouveaux services hospitaliers fonctionnent à la clinique Piccini qui vient d'être mise à la disposition de l'Assistance Publique de Paris : *un service de médecine*, M. de Gennes, chef de service ; *un service d'O. R. L.*, M. le professeur Lemaître, chef de service.

Faculté de Médecine de Paris. — Examens d'anatomie. — Les examens pratiques de 2e année auront lieu aux dates suivantes :

Pavillon III : 17 février, à 9 heures ; pavillon IV : 18 février, à 9 heures ; pavillon V : 19 février, à 9 heures ; pavillon VII : 20 février, à 9 heures.

Le tirage au sort pour l'écrit de 2e année aura lieu le 10 février à l'issue du cours de M. le Professeur Rouvière, au grand amphithéâtre de l'Ecole Pratique. Les examens écrits de 1re (et 2e année s'il y a lieu), commenceront le 21 février. La date des examens oraux de 1re et 2e année sera fixée le mardi 11 février.

Faculté de Médecine d'Alger. — M. le professeur Cabannes a été nommé assesseur du doyen.

Institut Pasteur. — Le Conseil d'administration de l'Institut Pasteur a nommé : directeur de cet Institut, M. Tréfouël ; sous-directeur, M. Noël Bernard ; secrétaire général, M. Dujarric de la Rivière.

Secrétariat général de la famille et de la santé. — Médecins inspecteurs. — M. le Dr Armand Benech, médecin inspecteur adjoint de la santé, à titre temporaire du département de l'Indre, non installé, est affecté au département de la Haute-Vienne.

Sont nommés à titre temporaire médecins inspecteurs adjoints de la santé, M. le Dr Boy (Landes) ; Mme Darnaud (Saône-et-Loire) ; M. le Dr Sauzet (Haute-Savoie) ; Mlle le Dr Liégeois (Puy-de-Dôme).

Médecins psychiatriques. — Mme le Dr Bonnafous, médecin chef de service à l'hôpital psychiâtrique d'Alençon (Orne), est mise en disponibilité, sur sa demande, à dater du 10 décembre 1940, pour une durée d'une année, renouvelable.

(*J. O.*, 11 janvier 1941.)

Guerre. — Ont été inscrits au tableau spécial de la Légion d'honneur :

Pour *officier* : M. le Médecin Commandant Guérin (Marcel), du

8e tirailleurs marocains (croix de guerre avec palme).

Pour *chevalier* : M. le Médecin Capitaine Gonnet (Ch.-A.-C.-E.), du 4e tirailleurs marocains (croix de guerre avec palme).

Active. — Sont promus, *au grade de médecin colonel* : M. Pommé.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : MM. Lauzeral et Martin.

Au grade de médecin commandant : MM. Reberol et Willemin.

Au grade de médecin capitaine : MM. Cenet, Fourault, Grau, Le Tensorer, Rozan et Verrier.

(*J. O.*, 12 janvier 1941.)

École du Service de Santé Militaire. — Par décision ministérielle, en date du 5 janvier 1941, le prix de la pension à l'Ecole du Service de Santé Militaire a été fixé à 4.200 francs pour l'année scolaire 1940-1941.

La Fédération des Associations Amicales des Médecins du Front (2, rue Dupuytren, Paris (6e), vient de porter à la connaissance de M. le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique et de MM. les Membres des Conseils de l'Ordre des Médecins, un ordre du jour concernant plusieurs questions très importantes.

En voici les points essentiels :

1° *Exercice de la médecine par les étrangers.* — Depuis plus de quatre mois que le texte de cette loi de l'Etat concernant l'exercice de la médecine a été publié au *Journal Officiel*, la *loi n'est pas encore appliquée intégralement* : presque tous les médecins étrangers sont restés sur place ou sont revenus à leurs anciens postes, continuant d'exercer comme auparavant. L'ordre du jour signale le danger des exceptions, qui réduisent la portée de la loi du 16 août et insiste également pour que le terme « unité combattante » ne puisse s'entendre que d'une « unité effectivement et directement soumise au feu et engagée dans le combat ».

2° *Loi du 3 octobre 1940 portant statut des Juifs.* — Cette loi, si elle ferme aux Juifs l'accès aux fonctions publiques et à l'enseignement, leur laisse la faculté d'exercice de la médecine libre.

L'ordre du jour demande que des règlements d'administration publique fixent pour eux une proportion déterminée (numérus clausus).

3° *Installations médicales nouvelles.* — Un décret du 20 mai 1940 soumet à l'agrément des préfets, après avis des syndicats locaux (aujourd'hui le Conseil départemental de l'Ordre), les installations médicales nouvelles. Des vetos formels sont le plus souvent opposés aux demandes, empêchant ainsi des confrères jeunes, récemment démobilisés, ou des anciens de 1914, chassés de leurs foyers par la guerre, de s'installer et de gagner leur pain et celui de leur famille.

***

A l'ordre du jour que nous venons de résumer sont joints trois *vœux* adressés aux pouvoirs publics et en particulier à M. le général d'armée Huntziger, ministre secrétaire d'Etat à la défense nationale demandant :

1° Des poursuites contre tous ceux qui auront pu manquer à leur devoir en abandonnant les blessés ou les malades qui leur avaient été confiés ;

2° De conférer la qualité d'officier aux médecins auxiliaires restés dans leur grade depuis le début des hostilités. La majorité d'entre eux a fait magnifiquement son devoir. Un très grand nombre sont encore prisonniers ou restent mobilisés pour assurer le service des camps de prisonniers ;

3° Un dernier vœu concerne la révision des croix de guerre décernées depuis le 10 mai 1940. Il attire aussi l'attention du Chef de l'Etat et du Grand Chancelier de la Légion d'honneur sur les couleurs du ruban de la croix de guerre qui sont en contradiction avec les règlements de la Grande Chancellerie interdisant à tout citoyen français le port, sans croix, d'un ruban pouvant prêter à confusion par son aspect avec celui de la Légion d'honneur.

Naissance

Le Dr et Mme Jacques Bruneau sont heureux de faire part de la naissance de leur fille Marie-France. 1er janvier 1941.

Voir la suite des Informations, page 78.

CHRONIQUE

Remise de la médaille du Professeur Nobécourt

Il y a deux ans, une médaille devait être offerte au professeur Nobécourt à l'occasion de la vingtième année de son enseignement. La guerre est arrivée, la cérémonie fut ajournée, puis l'âge de la retraite ayant été avancé, c'est un professeur honoraire qui recevait, dimanche dernier, l'hommage de ses élèves et amis.

La réunion a eu lieu dans une intimité absolue, au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine sous la présidence de M. le Doyen Baudouin.

Devant le professeur Nobécourt est placée la magnifique médaille due au maître Pillet.

Aux premiers rangs, Mme Nobécourt, Mme Renaudeaux, sa fille, et ses petits-enfants, le professeur et Mme Villaret. Dans l'assistance, beaucoup de visages amis ; je cite au hasard, MM. Marfan, H. Vincent, Hartmann, Clerc, Lereboullet, Veau, Hallé, Harvier, Binet, Lian, Polonowski, Fernand Bezançon, Mouchet, Marion, Rouvillois, Aubertin, Justin-Besançon, Grenet, Cunéo, Labey, Lemierre, Duvoir, Vassal, Henri Bénard, Gastinel, Pagniez...

M. le Doyen Baudouin, en une allocution émue, retrace le développement de la carrière de Nobécourt ; il rappelle ses travaux scientifiques auprès de Widal, sa formation de pédiatre aux côtés d'Hutinel, il montre l'étendue et la portée des travaux de Nobécourt, l'importance de ses publications. Il dit surtout la noblesse et la dignité de cette vie de travail qui, après avoir tant donné aux étudiants et aux petits malades est encore consacrée à la propagation des grandes idées propres au relèvement de la nation. A l'ami, dont il avait, chemin faisant, parlé avec émotion, au Maître dont la Faculté regrette la retraite, M. Baudouin adresse l'expression de l'admiration et de l'affection de ses collègues.

M. Patey, chef de clinique aux Enfants-Malades, fait alors la remise de la médaille à M. Nobécourt. D'une façon simple et charmante, il dit son admiration pour l'ami, le médecin, le Maître, dont l'esprit scientifique, le travail, l'honnêteté et le courage ont été et restent un grand exemple pour ses élèves. En terminant, il adresse une pensée grave aux camarades disparus, aux absents, aux prisonniers, parmi lesquels le lieutenant d'infanterie Raymond Nobécourt qui fut pris en combattant avec honneur.

Très applaudi par l'assistance, M. Nobécourt se lève à son tour. Maîtrisant son émotion, il remercie ses amis et en particulier le grand artiste Pillet. Adressant d'abord une pensée aux absents, il dit combien il aurait été heureux d'avoir son fils auprès de lui. Puis, au doyen, vieil ami de la guerre de 1914, il exprime ses remerciements.

Sa pensée se porte alors vers ceux qui l'ont conduit dans la vie, vers ses parents qui lui ont donné l'exemple de la dignité d'un foyer uni, vers son père qui l'orienta vers la médecine.

Au sortir d'Henri-IV, où nous étions déjà de vieux amis, Nobécourt commence sa médecine. Le travailleur qu'il était et qu'il est resté ne s'attarde pas. Il arrive rapidement à l'internat qu'il fait chez Charrin, Potain, Widal et Hutinel.

Comment Nobécourt, avec de tels maîtres, n'aurait-il pas acquis le sens clinique et l'esprit scientifique dont il a donné tant d'exemples, pendant sa laborieuse carrière d'enseignement ? S'il doit à Widal la rigueur et le scrupule dans la recherche scientifique, n'est-ce pas auprès d'Hutinel qu'il a appris à aimer ses petits malades et à se faire aimer d'eux. Que ne doit-il pas aussi à ses amis Veau, Prosper Merklen, Lesné et Babonneix ?

Hutinel disait volontiers que l'homme est fait pour agir et que le repos est un aveu d'impuissance. Nous connaissons trop Nobécourt pour ne pas être certain qu'il travaillera longtemps encore et que ses travaux seront comme toujours utiles et bienfaisants.

F. L. S.

Nous prions nos abonnés qui ont changé d'adresse de nous faire connaître au plus tôt leur domicile actuel.

Nous rappelons que les abonnements en cours avant l'interruption de juin 1940 seront automatiquement prolongés d'une durée de deux mois.

LES HÉMATOMES DE LA PAROI ABDOMINALE CHEZ LES HÉPATIQUES

Par MM. M. Loeper, A. Brault et P. Chassagne

Une observation récente de la Clinique Médicale de l'Hôpital Saint-Antoine, nous est l'occasion de revenir sur cette question des hématomes de la paroi abdominale chez les hépatiques. Le siège de ces hématomes ne se limite pas d'ailleurs à la seule paroi abdominale et à la région du grand droit ; il s'étend assez fréquemment à la paroi latérale du thorax.

Nous joindrons à notre observation les différents cas déjà publiés et nous pourrons ainsi étudier les lésions qui caractérisent ces hématomes, l'état du foie qui leur permet de se développer, le mécanisme qui préside à leur apparition et le pronostic qu'ils comportent.

Voici d'abord l'observation :

M. P..., Remi, âgé de 43 ans, entre dans le service le 23 septembre 1940 pour une augmentation du volume de son abdomen. Dès le mois de mars 1940 ce malade souffrait déjà d'épistaxis abondantes, parfois prolongées, durant jusqu'à une heure. Il avait également des pituites matinales, dormait mal et d'un sommeil troublé de cauchemars. Vers le mois de juillet apparaissait un œdème des membres inférieurs qui s'étendait progressivement des régions malléolaires à la face interne des cuisses. A la même époque, l'abdomen prenait rapidement un volume considérable.

A son entrée, le malade est très amaigri. Ses conjonctives, ses téguments, surtout son visage sont nettement ictériques. A l'examen, on trouve tous les signes d'une ascite libre. La ponction ramène 6 litres et demi d'un liquide jaune citrin et permet d'apprécier le volume du foie qui dépasse les côtes de trois travers de doigt, dont le bord inférieur nettement palpable, dur et granuleux et le bord supérieur se situe au 6e espace intercostal. La rate n'est en aucune façon palpable, ni percutable. Un épanchement pleural bilatéral existe aussi que la ponction révèle assez fortement hémorragique. Le cœur est normal, la tension artérielle est de 12-8 avec un très bas voltage. Les urines sont rares (100-150 cm³), troubles, brunâtres, contenant pigments, urobiline et sels biliaires.

Différents examens de laboratoire sont pratiqués. Dans le liquide d'ascite, 8 gr. 20 d'albumine, ce qui n'implique pas une inflammation, des cellules bigarrées où dominent les éléments endothéliaux. Dans le liquide pleural, par contre, 20 gr. d'albumine, mais le liquide est sanglant, des placards endothéliaux aussi et des polynucléaires et lymphocytes. Pas de B. K dans aucun de ces liquides épanchés ; pas de bacilles non plus dans l'expectoration. Le taux des hématies dans le sang est un peu abaissé, 2.450.000, le temps de coagulation est accru, 16 minutes, et si le temps de saignement n'est que de 3 minutes et demi, le signe du lacet est nettement positif. L'épreuve de la galactosurie montre une élimination importante dans les quatre prélèvements étagés de 10 à 18 heures. Le taux du cholestérol est de 1 gr. 20, la bilirubine directe de 350 milligrammes, l'urée de 0 gr. 35 ; le dosage de la tyramine dans le sang donne 5 milligr. pour 1.000.

Ces divers examens témoignent à la fois de troubles de la fonction biliaire, de troubles de la fonction sanguine du foie et de la fragilité capillaire.

Vers le 10 octobre apparaît sur la paroi gauche de l'abdomen et sur la paroi gauche du thorax, vers la ligne axillaire, un large placard ecchymotique qui s'étend progressivement vers la cuisse et la partie médiane de l'abdomen. Il est de couleur violacée et pousse des prolongements parfois ténus, orientés comme des digitations. La palpation n'est guère douloureuse, la consistance est pâteuse. Cette ecchymose témoigne d'un hématome pariétal, probablement profond et musculaire.

En même temps que le placard apparaît et se développe, l'état général s'altère rapidement et *l'ictère s'accentue* comme il est fréquent dans de tels cas. Le malade tombe dans un état de dépression profonde et de somnolence qui le conduit à la mort, le 21 octobre, après 24 heures d'inconscience et de coma.

La vérification anatomique est faite : A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule une quantité considérable de liquide citro-hémorragique. Le foie pèse 1.450 grammes et sa consistance n'est pas accrue. A la coupe, il est marbré ; des taches couleur chamois se détachent sur un fond fortement congestif, presque hémorragique. La *rate est si minuscule* qu'on hésite presque à l'identifier. Elle ne mesure pas plus de 4 centimètres et demi dans sa plus grande dimension. Son poids est de 15 grammes. Elle est de couleur brunâtre. Sa surface est plissée, ridée comme un pruneau sec. C'est la plus petite rate que nous ayons vue dans les cirrhoses et presque la plus petite qu'on ait jamais signalée (1). Les reins sont gros, rouge foncé à la coupe. Rien de particulier à signaler sur les autres viscères.

L'incision médiane pratiquée pour l'autopsie ne permet pas de retrouver le foyer primitif de l'hématome qui paraît provenir des muscles profonds, à la limite du thorax et de l'abdomen.

Histologiquement la structure du foie est complètement bouleversée. Les trabécules sont dissociés, morcelés. Il est impossible de retrouver la forme d'un lobule hépatique. Les cellules hépatiques sont isolées les unes des autres par un tissu collagène qui enveloppe chacune d'elles. Ces cellules hépatiques sont les unes presque incolores, floues, à noyau mal dessiné ; les autres plus grosses. Elles sont presque toujours riches en pigments biliaires. Une ou deux choléthromboses sont visibles. On note, en outre, quelques plages de tissu conjonctif plus dense, quelques zones fibreuses très anciennes et quelques zones hémorragiques avec des vaisseaux distendus, prêts à craquer.

La rate est méconnaissable. Elle est faite de deux tissus très différents. La pulpe montre des cellules exclusivement lymphocytaires et un certain épaississement du réticulum. Dans ce tissu, en grand nombre parfois, on voit des travées fibreuses, des blocs tous très denses. Ces blocs présentent en leur centre le plus souvent une artériole ou des artérioles, parfois des veines plus ou moins perméables ou oblitérées. En certains endroits des artérioles nouvelles semble s'être récemmen développées. Ce n'est pas qu'une artériolite oblitérante et fibrogénétique, c'est aussi une phlébite oblitérante et fibreuse un peu différente de celle décrite par Messimy.

Au total et en résumé, cette observation est celle d'un malade cirrhotique, probablement éthylique, qui présenta pendant plusieurs mois de l'ascite, des œdèmes, de l'ictère et des signes indéniables d'insuffisance hépatique. Subitement apparaît un hématome pariétal sans effort, sans traumatisme, sans rupture musculaire apparente, qui correspond à l'aggravation de l'état général mais qu'il accentue encore. L'ictère s'exagère aussi par une sorte d'hémaphéisme secondaire. La mort suit dix jours après. Du point de vue anatomique, il faut retenir l'atrophie très marquée de la rate et l'aspect du foie. Ce foie se présente non comme une cirrhose type mais comme une hépatite ictérigène, subaiguë, morcelante, de développement rapide et récent sur un fond de cirrhose ancienne, plus organisée, plus classique et jusque-là surtout, ascitique. La rate est une petite rate minuscule n'ayant plus aspect ni fonction splénique, dépourvue de cellules ferrugineuses, de macrophages, et inextensible. Et cette inextensibilité a pu, comme le peut la forte contraction d'une grosse rate, jouer son rôle dans les hémorragies.

***

Les hématomes de la paroi chez les hépatiques ont été observés par un certain nombre d'auteurs. Dévé, son élève Poulain et nous-mêmes y ont déjà insisté.

Voici quelques cas qui vont nous permettre d'en préciser la symptomatologie, le diagnostic et le mécanisme.

L'un de nous en a déjà rapporté un exemple bien intéressant avec Turpin en 1923 (2). Nous allons en rappeler les traits essentiels. Il réalise encore une FORME ASSEZ DISCRÈTE.

Un homme de 61 ans est soigné à l'hôpital Tenon pour une cirrhose hypertrophique avec splénomégalie modérée, ascite et ictère.

On voit apparaître chez lui sans douleur, ni troubles fonctionnels, des ecchymoses sous-cutanées situées dans la région ombilicale à gauche de la ligne médiane. Le palper permet de reconnaître une masse répondant à une hémorragie intramusculaire, un hématome de la partie supérieure du muscle grand droit

(1) La plus petite rate signalée est de Bennet. Elle pesait 10 gr. mais appartenait à un syphilitique ; une autre un peu plus grosse que la nôtre a été signalée par Navukawe et pesait 20 gr. Vient après celle de Rimbaud, Chardonneau, Quibert et Arnat, de 23 gr.

(2) M. Loeper et R. Turpin. Hématomes musculaires et insuffisance hépatique. *Monde Médical*, 1923, n° 632, et M. Loeper. Leçons de pathologie digestive, 1925. Masson, éditeur.

de l'abdomen. Les ecchymoses s'étendent au cours des deux jours suivants. Deux jours après l'apparition de l'hématome *l'ictère s'accentue* ; l'état général est de plus en plus mauvais et la mort survient dans le coma quatre jours après le début de l'ecchymose.

Comme dans le premier cas, l'hématome s'est produit discrètement sans qu'on puisse invoquer à son origine ni effort musculaire, ni quinte de toux. Dans les deux cas, l'hématome a entraîné l'accentuation de l'ictère. Dans les deux cas encore, l'hématome a la même valeur pronostique, puisqu'il est suivi de morts en l'espace de quelques jours.

Ce n'est pas toujours sous cette forme torpide, mais dont la nature ne peut être méconnue, que se présente un tel accident. Il arrive que l'hématome prenne une allure plus aiguë et plus viscérale en quelque sorte et que le diagnostic en soit, de ce fait, moins évident. Nous allons en donner quelques exemples. Ils sont tirés de la thèse de Poulain (1), écrite sous l'inspiration de Dévé.

Tout l'abord la forme TUMEUR.

Dans une observation de Jeanne et Dévé, un homme de 34 ans offre au palper, dans la région de la vésicule biliaire, une masse arrondie non douloureuse, du volume apparent d'un œuf, de résistance ferme. Le foie est un peu gros. Il n'y a pas d'ictère, pas de passé lithiasique, pas d'ascite, mais une très discrète circulation collatérale, et des antécédents éthyliques certains. On envisage les dignostics de kyste hydatique, de cholécystite calculeuse, de gomme du foie. A l'intervention, il ne s'agit d'aucune affection de ce genre ; la tumeur est nettement pariétale. Quand on l'incise, il s'écoule du sang et quelques caillost. La cavité est limitée par des fibres musculaires.

Cet hématome de diagnostic délicat, a fait brusquement son apparition chez un sujet éthylique à l'occasion d'une quinte de toux. La sensation de déchirure abdominale a fait penser à la rupture d'un viscère ou à une péritonite.

Dans une autre observation de Dévé, la tumeur semble VÉSICULAIRE (2).

Une femme de 53 ans, très amaigrie, présente de l'ictère, de l'œdème de la moitié inférieure du corps, un très gros foie régulier, sans ascite ni splénomégalie, avec une légère circulation collatérale péri-ombilicale. On sent sous le foie, dans la région de la vésicule, une masse indurée du volume d'un œuf. Cette tumeur un peu sensible, non douloureuse, ne se mobilise pas avec le foie dans la respiration, mais elle s'immobilise par la contraction des muscles droits de l'abdomen. Elle est donc dans la paroi. La malade meurt 10 jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie confirme le diagnostic d'hématome dans le muscle grand droit et celui de cirrhose hypertrophique. L'hématome est superficiel, il est limité par une coque de tissu musculaire mince en avant, épaisse en arrière.

Certains cas ont une allure beaucoup plus bruyante encore et exposent à de nouvelles et explicables erreurs de diagnostic. Voici des exemples qui en témoignent et d'abord celui-ci qui simule la COLIQUE HÉPATIQUE (3).

Dans une observation de Halipré, une femme de 55 ans entre à l'hôpital pour ictère et bronchite. Elle a commencé à tousser trois semaines auparavant et elle a ressenti une douleur intense dans la fosse iliaque droite, comme un coup de poing violent durant 5 minutes. En même temps, elle se met à vomir dans la matinée. La douleur se localise sous le rebord costal droit. A ce niveau apparaît une grosseur qui augmente de jour en jour. La malade devient jaune. On pense à une lithiase biliaire. Dans la nuit qui suit l'entrée à l'hôpital, se manifeste à l'aine droite une ecchymose large de quatre travers de doigt qui contourne la hanche et remonte en arrière vers la colonne vertébale, donnant l'impression du passage à cet endroit d'une roue de voiture. L'ecchymose s'étale sur le côté gauche du thorax dans la ligne axillaire. Sous le rebord costal, il existe une voussure grosse comme deux œufs, dure, arrondie, légèrement douloureuse. Les jours suivants, la tuméfaction s'accentue et ne commence à diminuer qu'au bout de quinze jours. L'ictère s'accroît de façon notable et l'état général périclite. La malade meurt deux mois après le début de l'accident.

A l'autopsie, le foie est atrophique et sa capsule épaissie, la rate est grosse ; l'hématome, situé dans l'épaisseur du muscle grand droit, est gros comme une vésicule biliaire. Il existe une ecchymose sous-péritonéale au bord latéral externe du côlon descendant.

Plus brusque encore et plus trompeuse est l'apparition de l'hématome dans une autre observation de Dévé. Ici le diagnostic fut celui d'ULCUS PERFORÉ.

Un homme d'une quarantaine d'années, alcoolique avéré, fait une hématémèse que des douleurs gastriques concomitantes et des vomissements qui pouvait être rapportée à un ulcus gastrique. Quelques semaines après, brusquement, apparaît une douleur intense au creux épigastrique. La paroi abdominale est douloureuse et le muscle dur semble contracturé. C'est bien un peu les signes d'une perforation d'ulcus. On opère, on trouve dans l'épaisseur d'un des ventres supérieurs du muscle grand droit un hématome violacé et à l'ouverture du péritoine s'écoulent deux ou trois litres de liquide ascitique. L'exploration de l'estomac, du duodénum, de l'appendice est négative. Il n'y a pas de calculs, mais le foie est cirrhotique. L'état du malade s'aggrave et la mort survient trois jours plus tard avec un ictère marqué.

L'autopsie confirme le diagnostic de cirrhose et révèle en outre des varices œsophagiennes, source de l'hématémèse et une rupture veineuse pariétale source de l'hématome.

***

Les six observations qui précèdent donnent un aperçu des variétés symptomatologiques de l'hématome pariétal chez les hépatiques. Comme on a pu le voir, le début est en général latent et insidieux ; mais il peut être brusque, provoqué par une quinte de toux ; il peut être très douloureux, sans doute quand l'hématome se constitue rapidement. La brusquerie du début peut prêter déjà à des erreurs de diagnostic. Lorsque l'hématome est formé, les erreurs sont encore explicables, il réalise une tuméfaction plus ou moins volumineuse, plus ou moins profonde et dont on ne voit pas de suite l'enclavement dans le muscle. Cet enclavement est capital. En faisant contracter le muscle, on peut s'assurer du siège intra-pariétal de la masse. Le diagnostic, facile quand on observe parallèlement l'ecchymose et quand on a déjà constaté les signes d'une affection hépatique, peut être très difficile lorsque la tuméfaction semble se présenter comme un phénomène isolé. Elle simule alors une vésicule, un kyste, voire un foyer péritonéal, un ulcus perforé. Fait important, l'*ictère* apparaît toujours s'il faisait défaut ; il *s'accroît toujours* quand il existait auparavant. Enfin, il faut insister sur le pronostic d'une telle manifestation. Dans la plupart des cas, elle est d'un *pronostic redoutable*, elle est suivie de la mort dans un délai rapproché, soit qu'elle témoigne d'altérations graves, multiples et coexistantes, soit qu'elle accentue par son apparition les troubles exis-soit qu'elle accentue par son apparition les troubles antérieurs.

***

L'anatomie pathologique de cette lésion ne comporte pas de descriptions très étendues. Elle est assez banale quoique cependant intéressante.

Macroscopiquement, il est facile de retrouver la collection sanguine limitée par une paroi musculaire et par les intersections aponévrotiques. L'hématome est en général circonscrit, quelquefois il fuse le long de la gaine aponévrotique du muscle. Le péritoine, teinté par l'imbibition sanguine, peut prendre une couleur ardoisée, violacée. L'infiltration sanguine va très loin. Elle s'étale, descend jusqu'aux lombes ou à la fosse iliaque. Dans l'observation de Loeper et Turpin on retrouvait même un hématome dans les psoas.

(1) POULAIN. L'hématome du grand droit des hépatiques. *Thèse de Paris*, 1924.

(2) DÉVÉ. Communication à la *Soc. Méd. des Hôp. de Rouen*, 8 janvier 1923.

(3) GIROT. *Thèse Paris*, 1935.


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLEOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie

Histologiquement, trois zones sont visibles sur la coupe, comme il est rapporté dans la publication que nous avons faite il y a vingt ans.

Ces trois zones correspondent à la cavité hémorragique à la zone de limitation du processus destructif, aux fibres musculaires voisines et limitrophes. On y trouve des hématies altérées, d'autre part des fibres musculaires plus ou moins dégénérées et déformées dont certaines, volumineuses, semblent se défendre contre le sang et des macrophages bourrés de pigments qui vont de l'hémoglobine au fer précipité et colorable par le ferrocyanure.

***

Il importe maintenant de rechercher les caractères des affections hépatiques qui les conditionnent et d'en étudier la **pathogénie**.

Dans toutes les observations les malades présentent de l'ascite et, le plus souvent, de l'œdème et de l'ictère. Il existe habituellement un syndrome hémorragique antérieur ou concomitant, syndrome hémogéno-hémophilique, plus hémophilique qu'hémogénique, avec fragilité même des vaisseaux. Le processus pariétal fait souvent partie d'un processus général vasculaire, généralisé. Il s'agit le plus souvent de cirrhose, mais de cirrhose atrophique autant que de cirrhose hypertrophique, de cirrhose annulaire. Voire dans le cas que nous rapportons de cirrhose dissociante. Les cellules mêmes du foie sont très altérées. La réaction fibreuse est toujours serrée et la gêne circulatoire considérable. Assez fréquemment la lésion hépatique ancienne s'est récemment compliquée d'une réaction plus aiguë.

D'une façon générale donc, ces hématomes surviennent comme complication d'une hépatite chronique ancienne, parfois aussi d'hépatite surajoutée et plus récente. Plusieurs mécanismes peuvent être invoqués pour les expliquer. On ne peut faire appel ni à une myosite, ni à des lésions artérielles dont on ne trouve aucune preuve. Par contre, il est vraisemblable de croire à la RUPTURE VEINEUSE puisque la tension portale s'accroît chez ces hépatiques et que les veines de la paroi se distendent. Si l'on veut se rappeler la disposition anatomique des veines de la paroi abdominale, on voit qu'il existe d'une part des veines superficielles dites tégumentaires, d'autre part des veines dissimulées dites abdominales profondes. Veines superficielles et profondes sont anastomosées entre elles par le plexus xyphoïdien et par des veines transmusculaires à travers le grand droit en particulier. Les premières se voient, les secondes sont dissimulées ; mais toutes sont distendues. Elles communiquent avec le réseau intercostal et le réseau costo-axillaire, eux-mêmes anormalement développés. Elles sont anastomosées enfin avec le système porte par les veines péri-ombilicales. *Tendues* et peut-être fragiles, elles sont prêtes à se rompre. La rupture dans le grand droit est facile dans un effort même minime et provoque un hématome ; celles d'autres veines pariétales vers les lombes, l'aisselle, a la même origine, en particulier des veines anastomotiques latéro-axillaires. Le mouvement, le redressement dans le lit, la toux peuvent provoquer la rupture, parfois de façon silencieuse, parfois de façon bruyante et, bien entendu, plus facilement dans la paroi que partout ailleurs. C'est ce que Dévé, comparant ce phénomène à la rupture brusque des varices de jambe, appelle de façon imagée le *coup de fouet abdominal.*

La rupture veineuse ne nous semble pourtant pas rendre compte de tous les cas d'hématome. Il y a des cas où la circulation collatérale pariétale est peu active et les veines apparentes peu développées. On est donc tenté d'invoquer soit la *fragilité des veines*, soit l'état même du milieu sanguin. Or, cet état est fréquent chez les hépatiques. Sans entrer dans cette étude, qu'on trouve dans les thèses de Laffitte, de Frumusan, de Desmonts, de Vignalou, il est bien évident que beaucoup de ces malades saignent facilement, présentent un signe du lacet, des variations importantes du temps de saignement et de coagulation, sont hémophiliques et hémogéniques (1). Par ailleurs, il faut remarquer que l'hématome n'est pas forcément limité à la paroi abdominale et peut se produire ailleurs, dans le foie notamment, ce qui tend à prouver un processus plus généralisé que celui de la distension veineuse pariétale.

Il reste à se demander si les lésions de la *rate, volumineuse* et contractile, parfois très fibreuse ou même comme dans notre premier cas, atrophique et inextensible, n'ont pas leur importance mécanique, si la production d'une substance toxique, en l'espèce la tyramine ; si la carence en vitamine C ne peuvent être invoquées dans la génèse de cet accident, n'ont pas leur rôle toxique et tout au moins ne prédisposent pas à l'accident. Ce ne sont là que des hypothèses.

En fait, la rupture de *veines distendues* constitue une explication logique de cette manifestation, mais il ne faut pas oublier chez les hépatiques le rôle très favorisant que jouent les *altérations hémo-vasculaires* à côté des réactions purement mécaniques.

***

Nous ne reviendrons qu'un instant sur le PRONOSTIC de ces hématomes pour rappeler combien il est désastreux. Il sonne souvent le glas de la maladie. Il est le signe d'une aggravation rapide de l'état du malade. Il précède la mort de près, de quelques jours en général. Et l'on peut se demander si, né lui-même d'une aggravation de la lésion hépatique et des troubles qui en dérivent, il ne produit pas souvent par lui-même, par la soustraction de sang qu'il réalise, par les phénomènes de résorption qu'il provoque et que traduit l'ictère, par la surcharge du foie qu'il entraîne, il n'est pas une cause, et importante, capitale, de l'aggravation.

Il va sans dire que rien n'est plus décevant que le traitement qu'on peut opposer à cet accident.

---

(1) M. LOEPER et D. VIGNALOU. *Paris Médical*, 1939 et thèse de Vignalou 1939.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 15 janvier. — 1° Jury : MM. Couvelaire, Lemierre, Portes, Mollaret. — M. JAMAIN. Physiologie de la lactation. Hypergalactie. Hypogalactie. — M. SCHNEIDER. Contribution à l'étude de l'impaludation thérapeutique. La méthode de la Salpêtrière de l'impaludation en deux temps.

2° Jury : MM. Tanon, Mathieu, Lelong, Marchal. — M. NDROGI. Contribution à l'étude des granulations pathologiques des neutrophiles au cours de la tuberculose humaine et expérimentale. — M. MATTEI. Les récidives corporelles du cancer du col de l'utérus traité par le radium. — Mme BASTIEN. La méningite à bacilles de Pfeiffer chez l'enfant.

Jeudi 16 janvier. — 1° Jury : MM. Guillain, Jeannin, Velter, Lenègre. — Mlle LÉCUSSAN. Contribution à l'étude du phénomène de Marcus Grunn. — Mlle BONASTRE. Les rétroversions de l'utérus gravide au cours des trois derniers mois de la grossesse. — M. JOLY. Morphologie de l'œil sénile.

2° Jury : MM. Gougerot, Mocquot, Brocq, Garcin. — M. ROUZAUD. L'anidrose avec hypotrichose et anodontie (type majeur ou anidrotique des polydysplasies ectodermiques héréditaires). — M. THOYER-ROZAT. Contribution à l'étude de la consolidation des lésions osseuses traumatiques et opératoires au cours de la maladie de Paget.

THESE VETERINAIRE

Jeudi 16 janvier. — Jury : MM. Velter, Lesbouyries, Coquot. — M. GODECHOUX. Du diagnostic légal de la fluxion périodique des yeux du cheval.

NOTE SUR LES TRAITEMENTS PHYSIQUES DES ENGELURES

Par M. L. Delherm

Lorsque les traitements habituels des engelures ne donnent pas le résultat escompté on peut avoir recours aux agents physiques.

Dans le choix des méthodes il faut se souvenir que cette affection est surtout un érythème par stase et qu'il convient d'activer la circulation de la région malade par des moyens appropriés.

Le traitement physiothérapique peut comporter un traitement local et un traitement général.

1° Traitement local

Dès le xviiie siècle l'effluve de statique et l'étincelage furent utilisés. C'est ce traitement qui régna jusqu'au moment ou la d'Arsonvalisation lui fut substituée sous forme d'*effluves* ou de *friction* avec l'électrode à vide de Mac Intyre ou avec l'électrode condensatrice type Oudin.

L'effluve de haute fréquence est beaucoup plus nourrie que celle de la statique, elle peut être réglée et par conséquent être douce ou forte suivant l'état des téguments. Elle est à recommander surtout dans le cas ou il existe des ulcérations car elle est particulièrement bien tolérée. Les séances doivent être longues, 15 à 20 minutes, et porter, suivant le cas, sur les mains et les avant-bras, le pied et la jambe.

Lorsque les téguments ne sont pas ulcérés il est préférable d'utiliser la friction à l'aide du Mac Intyre ou du Oudin, suivant l'état de la peau. Cette friction doit porter sur tout le segment distal du membre. La séance doit être d'une durée de 5 à 15 minutes, l'intensité fonction du degré de tolérance du sujet, elle ne doit pas être désagréable.

Les *ondes courtes*, un pole à la nuque, un pole aux mains (ou un pole lombaire et un pole aux pieds) constituent un excellent moyen très facilement réglable, d'activer la circulation. Elles peuvent être employées seules ou combinées à l'effluve ou à la friction.

En général les résultats sont rapides.

Afin d'activer encore la circulation, il est bon, à l'aide du courant faradique tétanisant rythmé de faire contracter les muscles des avant-bras et de la main, de la jambe et du pied. Nous savons en effet que la contraction musculaire bien réglée produit un afflux de sang et par conséquent agit favorablement sur la nutrition non seulement du muscle mais de la région toute entière.

Les *Infra-rouge* ne doivent être utilisés qu'avec précaution et seulement si le sujet les tolère bien ; en effet, très souvent les malades atteints d'engelures éprouvent une exaspération de leurs douleurs lorsqu'ils s'exposent à une irradiation calorique. Dans les cas ou cette réaction ne se produit pas il faut pousser la séance jusqu'à sudation marquée.

La *Roentgenthérapie* constitue aussi un bon traitement des engelures. Il s'agit ici d'effectuer une roentgenthérapie « fonctionnelle » à dose relativement faible destinée à agir sur le système nerveux. La séance peut être effectuée sur la face dorsale et sur la face palmaire, et suivant la technique de Gouin et de Bienvenue sur l'aiselle ou le triangle de Scarpa suivant le cas. Une tension de 120 Kv sous 2 à 4 millimètres d'aluminium avec 50 r. à 100 r. par séance jusqu'à 300 r. environ est suffisante en deux séances par semaine.

Il n'est pas rare qu'après la première séance ou la deuxième il se produise une détente nette. Le prurit, la rougeur, les tuméfactions s'atténuent ou disparaissent en une ou deux semaines.

Si les engelures sont ulcérées, la cicatrisation est précédée d'un suintement abondant qu'il faut considérer comme un symptome favorable.

2° Traitement général

Le relèvement de l'état général ne doit pas être négligé et surtout lorsque le nombre de calories nécessaires n'est pas toujours atteint. Le traitement général consiste soit en *bains de lumière* généraux qui ont une action très active sur la circulation générale ; soit en applications de rayons *ultra-violets* qui agissent comme toniques et succédanés des radiations solaires si peu marquées ou absentes pendant la période hivernale de l'année.

Le plus souvent du reste les applications locales sont suffisantes et agissent rapidement. C'est ainsi que dans un cas une amélioration très sensible est survenue à la suite de deux séances de d'Arsonvalisation locale sous forme de friction, et que la guérison s'est produite à la cinquième séance.

Dans un autre cas, en trois semaines de d'Arsonvalisation par ondes courtes associés à la roentgenthérapie, le résultat fut parfait.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Ordre des Médecins

Depuis un certain nombre d'années, la situation du Corps Médical était de moins en moins brillante et tendait à devenir tragique.

Les causes en étaient multiples. D'abord, le déséquilibre monétaire qui avait déterminé un bouleversement des situations sociales et, de ce fait, une raréfaction progressive à la fois de la clientèle payante et de ses possibilités pécuniaires. Ensuite, les charges imposées aux médecins s'étaient parallèlement accrues : jadis on leur demandait de dispenser gratuitement leurs soins à certaines catégories, gendarmes, etc., moyennant, au bout de quelques années, une distinction honorifique ; à ce moment, ce n'était pas insupportable, car la clientèle payante était suffisamment nombreuse pour compenser ces libéralités restreintes. Mais, d'années en années, les Pouvoirs Publics, pour accroître leur popularité, avaient pris en charge les soins médicaux de catégories de plus en plus nombreuses et avaient imposé aux médecins, charitables par tradition et par surcroît individualistes et sans moyens efficaces de défense, des charges de plus en plus lourdes et de moins en moins honorées ; de ce fait, la clientèle payante se trouvait diminuée d'autant.

Cette emprise exercée sur le médecin avait été facilitée par le nombre des praticiens qui, malgré les difficultés professionnelles, n'avait cessé de croître de façon disproportionnée avec les possibilités d'un exercice moyennement rémunérateur. Si bien que, trop souvent, poussé par la nécessité, le médecin était entraîné à accepter des conditions souvent inférieures à celles qu'eût exigé le moindre tâcheron.

Cette lutte pour la vie, devenant de plus en plus âpre, s'exerçait dans un milieu où la sélection de jadis avait fait place à une pléthore telle que le nombre l'emportait sur la qualité ; il s'en était suivi des abus regrettables qui, avec le temps et les difficultés sans cesse croissantes, n'avaient que trop tendance à se généraliser.

Pour pouvoir lutter efficacement contre ces causes de désagrégation, il eût fallu une organisation puissante, consciente de ses droits et de ses devoirs, s'appliquant à défendre les possibilités de vie du médecin, sans se laisser détourner de sa tâche par les attraits d'une politique de facilité et de complaisance ; il eût fallu qu'on s'employât à grouper toutes les forces médicales et les diriger, quelles que fussent les contingences personnelles et locales, vers le seul but du maintien de la médecine indépendante et traditionnelle qui est la seule forme lui permettant de jouer son rôle bienfaisant tant vis-à-vis des individualités que de la collectivité. Sans compter qu'une telle organisation eût été susceptible peut-être de supprimer, en tout cas de diminuer et d'arrêter les abus qui se sont introduits dans sa pratique.

Mais, il n'en fut pas ainsi et, peu à peu, le médecin fut de plus en plus exploité par les diverses collectivités et administrations publiques et privées pour lesquelles il devint un subalterne d'autant moins considéré qu'il était moins honoré ; on allait à grands pas vers une fonctionnarisation déjà déplorable en soi, mais qui l'eût été bien davantage encore du fait que dans la situation diminuée qui leur avait été peu à peu faite, les médecins n'eussent été que de tout petits fonctionnaires.

Comme, dans le même temps, sous des prétextes et par des moyens variés, disparaissait la clientèle susceptible de dédommager le praticien, l'existence de la médecine libre apparaissait de plus en plus menacée et gravement compromise, cela pour le plus grand dommage non seulement des médecins, mais aussi, et encore bien plus, des malades et de la santé publique.

Telle était la situation lorsque fut envisagée l'institution de l'Ordre des Médecins.

A. Herpin.



BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie

Nécrologie

CLAUDIUS REGAUD

Le professeur Regaud est mort à la fin de 1940 ; il était né à Lyon, en 1870. Sa mort survient à une époque où les amis, les élèves, du moins ceux de Paris, n'ont pu se grouper autour de sa tombe et dire aux siens leur sympathie attristée. Qu'ils en trouvent ici l'expression.

Cl. Regaud était professeur agrégé à Lyon, lorsqu'en 1913 il fut appelé par l'Institut Pasteur pour prendre la direction du département biologique de l'Institut du Radium, dont Mme Curie devait diriger le département physique. La guerre survint ; c'est au cours de l'année 1915 que j'eus le bonheur de le connaître ; depuis, je n'ai cessé de travailler auprès de lui.

En 1916-1917, il mit sur pied les équipes chirurgicales. On sait le rôle qu'elles jouèrent dans la chirurgie de guerre et les facilités qu'elles apportèrent dans l'organisation des centres chirurgicaux, dans la dernière partie de la Grande Guerre.

La guerre terminée, Cl. Regaud reprit la direction de l'Institut du Radium. Il comprit vite la nécessité absolue de disposer d'un centre de traitement où pourrait être étudiée l'action des radiations sur les tumeurs et mis au point leur action thérapeutique ; rien n'existait, c'est alors que prit naissance l'idée de la Fondation Curie qui fut certainement la grande œuvre de sa vie.

Je ne parle pas de ses travaux scientifiques, de plus autorisés le feront, je l'espère.

Il dut abandonner les travaux de laboratoire et à partir de ce moment sa vie entière fut consacrée au but qu'il s'était proposé. Tous ceux qui ont vécu auprès de lui, savent à quel point il s'y adonna, ce qu'il lui en coûta de démarches, de conférences, de travail de bureau, de soucis. Mais le but fut atteint. Après des débuts bien modestes, après avoir vaincu des difficultés sans nombre, on vit s'achever les laboratoires de la rue d'Ulm et l'hôpital Curie rue Lhommond, qui sont des modèles, dans les moindres détails de leur fonctionnement.

En même temps, Cl. Regaud avait groupé autour de lui les collaborateurs qu'il avait choisis. Ils lui apportèrent, certes, une aide de chaque jour, mais sans lui, rien n'aurait été fait, car il fut non seulement l'initiateur, mais jusqu'à son départ, il entretint la flamme. Et c'est là, je crois, le plus beau de son œuvre. Il nous fit comprendre l'impuissance du travailleur isolé, la nécessité du travail d'équipe, la grandeur de la tâche, la beauté du sacrifice à cette tâche, et cela, sans parole, mais par un exemple de tous les instants. Il nous dominait tous, et de très haut, par sa supériorité scientifique incontestée, par son désintéressement, par sa bienveillance. Et, malgré la froideur habituelle de son attitude, l'affection, la confiance allaient à lui ; on se sentait sur un terrain sûr, où il n'y avait place pour aucune défaillance. Aucun de mes maîtres n'a exercé sur moi, une influence aussi grande, aucun ne m'a montré une voie plus pure.

Il fut très honoré, sa réputation était mondiale ; il porta par des voyages très nombreux, la réputation de la France et de la Fondation Curie, dans les deux hémisphères. Nous lui devons beaucoup. L'étranger le mit à une place plus justement élevée que ne le firent ses compatriotes : nous lapidons volontiers nos prophètes.

Dans les temps douloureux que nous vivons, sans désespoir d'ailleurs, il et bon de méditer sur les hommes comme Cl. Regaud. Notre éducation classique nous incite à chercher dans les temps anciens les exemples qui peuvent nous soutenir dans les moments de grand désarroi. Voyons plus près, et imprégnons-nous d'exemples plus actuels comme celui-ci. Il nous enseigne toutes les vertus qu'il faut cultiver, maintenant, et sans défaillance, pour sauver le pays : l'esprit de sacrifice, l'abandon de l'intérêt personnel, le dévouement à la chose publique, le courage devant les difficultés, l'acceptation de la souffrance, et la foi dans la réussite. Saluons très bas ce grand citoyen, ce grand savant, cet homme pur, désintéressé et d'esprit si large.

J.-L. Roux-Berger.

Oreille interne, étude anatomo-pathologique et clinique ; technique histologique et expérimentale, par C. Claoué (de Paris). — Un volume de 227 pages avec 108 figures, aux éditions N. Maloine, à Paris, 1938.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 21 janvier 1941

Notice. — M. J. Jolly lit un notice nécrologique sur M. Regaud.

Commission du rationnement alimentaire. Les vitamines dans les aliments conservés (lait excepté) par des procédés autres que le froid. — Rapport de M. Charles Richet.

Voici les conclusions du rapporteur :

Les conserves industrielles préparées dans de bonnes conditions gardent sensiblement la même quantité de vitamines A, D, E, B_1 et B_2, que les aliments frais. La diminution de l'acide ascorbique la plus fragile de ces vitamines varie suivant les conditions entre 5 et 40 %.

Rats ou cobayes nourris avec ces conserves gardent leur santé intacte pendant plusieurs générations.

Les *conserves ménagères* de fruits et de légumes perdent, en général, la plus grande partie de leur acide ascorbique, de 50 à 80 %. Alimentés avec elles, les cobayes font du scorbut ou du préscorbut. Les autres vitamines ne sont que peu diminuées, puisque l'élevage de rats alimentés exclusivement avec ces conserves est normal. Les légumes ou fruits stockés (sauf le citron) perdent une fraction assez importante de leur acide ascorbique et une partie de leur vitamine A. Les vitamines B_1 et B_2 ne semblent que peu modifiées. La conservation des vitamines dans les viandes ou poissons séchés ou fumés dépend de leur préparation.

Les vitamines dans les aliments conservés par le froid et les antiseptiques. — Rapport de M. Martel.

1° Le froid artificiel conserve les vitamines des viandes et abats, du poisson, du lait, des œufs, des beurres et des fromages. Il faut, toutefois, éviter certaines causes de déperdition inhérentes aux manipulations.

2° Le froid conserve bien les vitamines des jus de fruits, surtout s'ils sont dessérés et placés sous gaz inerte.

3° Les fruits réfrigérés perdent une partie de leur acide ascorbique. Cette perte varie avec le temps de conservation. Les poires abandonnent une partie de leur vitamine A.

4° La congélation conserve bien la vitamine A des abricots et la vitamine C des fraises.

5° Les légumes perdent très facilement une partie de leur acide ascorbique avant l'arrivée sur le marché et dans les usines où ils sont congelés ou stérilisés.

6° La congélation est le meilleur moyen de conserver les vitamines des légumes : vitamines C, B_1, B_2 et A des épinards ; C, B_1, B_2 des asperges et des petits pois ; B_1, B_2 des haricots verts ; C des brocolis.

7° La réfrigération protège très bien la vitamine C des pommes de terre.

8° Les agents chimiques (anhydride sulfureux de la combustion du soufre ou des bisulfites ; sulfate de cuivre dans le reverdissage des légumes ; cuivre des appareils de traitement des laits agissant comme catalyseur ; bicarbonate de soude toléré dans les hachis de viandes ou admis pour la rénovation des beurres rances, employé pour maintenir la couleur verte des légumes) peuvent nuire aux vitamines.

9° On ne sait quelle peut être l'action, à ce point de vue, des nitrates et nitrite des saumures, du nitrate des sels de salage des beurres de l'acide borique et du borate de soude tolérés dans les beurres ; de l'acide salicylique que d'aucuns préconisent pour la conservation des fruits.

10° L'idéal est de conserver les aliments sans les additionner de substances chimiques. Le froid artificiel aujourd'hui très répandu dans tous les pays est le meilleur moyen de conserver les vitamines aux aliments.

Dystrophie lacunaire des os du crâne de nature tuberculeuse. — M. Henri Lagrange (Paris). — L'intérêt de cette observation tient à ce qu'il s'agit d'une lésion de l'orbite, du frontal et de l'occipital se présentant cliniquement comme un syndrome dystrophique voisin des faits observés par Christian et par Schuler mais qui a pour cause identifiée le bacille de Koch. Cette forme clinique d'ostéite tuberculeuse ne correspond pas aux types classiques et n'a pas de tendance à évoluer vers la nécrose ou la caséification.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 28 décembre 1940

Excitabilité musculaire et subordination. — Mme A. Chauchard et M. et Mme P. Chauchard confirment que l'action excitante ou inhibitrice des centres nerveux sur l'excitabilité motrice périphérique ne se fait sentir que sur les fibres nerveuses et laisse inchangée l'excitabilité propre du muscle.

Production chez le cobaye de phlegmons gazeux mortels par l'injection simultanée d'adrénaline et de cultures de « Bacillus perfringens » avirulent. — M. H. Brocard a réalisé chez le cobaye par l'injection intramusculaire associée d'adrénaline et d'une souche de *B. perfringens* avirulente, un phlegmon gazeux mortel avec septicémie, alors que l'injection microbienne seule ne donnait rien. Les germes provenant de tels phlegmons, passés à d'autres cobayes, n'ont à nouveau manifesté aucun pouvoir pathogène : le bacille n'a donc pu agir qu'en raison des troubles tissulaires locaux produits par l'adrénaline. Des expériences analogues ont pu être réalisées avec le *B. ramosus*.

M. H. Bénard rappelle que Lucien Camus avait bien montré le rôle de la vasomotricité dans la réceptivité de l'oreille du lapin vis-à-vis de l'infection vaccinale et fait intervenir essentiellement la vasoconstriction adrénalinique dans les phénomènes ci-dessus.

Influence du degré de salinité du milieu sur la toxicité du chlorure mercurique pour les Epinoches. — MM. L. Binet et P. Nicolle ont constaté que l'addition de faibles quantités de chlorure de sodium à la solution mercurique raccourcit le temps de survie de moitié, par augmentation de la perméabilité cellulaire due à l'ion sodium, tandis que des teneurs plus fortes en sel marin augmentent le temps de survie en empêchant la dissociation électrolytique du chlorure mercurique, et en formant sans doute d'autre part un complexe de sodium et de mercure moins nocif. Les fortes concentrations en chlorure de sodium provoquent des lésions de l'épithélium branchial qui diminuent la résistance des poissons.

Recherches sur la multiplication des bactériophages (bactériophage staphylococcique Twort). — M. P. Nicolle, par titrages répétés, a constaté que la multiplication du bactériophage staphylococcique Twort se fait pendant les premières heures suivant une progression régulièrement accélérée, sans indication de bonds ni d'arrêts.

Ces résultats ne confirment pas la conception de d'Hérelle, reprise depuis par Burnet, suivant laquelle la multiplication du bactériophage se fait par pénétration d'un corpuscule à l'intérieur de la bactérie, puis multiplication intracellulaire et libération brusque au moment de la lyse de la bactérie.

Sur l'accélération de la resensibilisation tuberculinique. Reproduction du phénomène de Willis chez l'homme. — MM. A. Saenz et G. Canetti ayant inoculé du B. C. G. à 30 sujets âgés indemnes de toute tuberculose apparente, ont observé une positivité des intradermo-réactions dans 43 % des cas dès le 6e jour et dans 20 % entre le 10e et le 15e jour. L'accélération de la resensibilisation tuberculinique du cobaye décrite par Willis se retrouve donc chez l'homme : après disparition de la sensibilité cutanée à la tuberculine, il persiste une allergie résiduelle qui accroît de manière considérable le pouvoir sensibilisant d'une réinfection ; lorsque le B. C. G. fait apparaître la réactivité tuberculinique en un temps très court, on peut admettre avec vraisemblance qu'il s'agit du retour d'une sensibilité tuberculinique éteinte.

Etudes neurologiques, par Georges Guillain, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de la Salpêtrière (8e série). — Un volume de 420 pages avec 72 figures. Prix : 90 francs. Masson, éd., Paris.

Les obligations du médecin, théorie de la responsabilité, obligations professionnelles générales, obligations résultant de lois spéciales, par Marie-Jeanne Rauzy. — Un volume de 331 pages, à la Librairie générale de droit et de jurisprudence, 20, rue Soufflot, à Paris-5e, 1939.

Le sérum normal, propriétés physiologiques, par D. Brocq-Roussel et Gaston Roussel. — Un volume de 630 pages. Prix : 140 francs. Chez Masson et Cie, à Paris, 1939.

NOTES POUR L'INTERNAT

PERFORATIONS DES ULCUS GASTRO-DUODÉNAUX SIGNES - DIAGNOSTIC - TRAITEMENT

Complications fréquentes des ulcus gastro-duodénaux, elles réalisent des tableaux bien différents suivant que la perforation s'effectue en *péritoine libre* ou en *péritoine cloisonné par des adhérences.*

PERFORATION EN PERITOINE LIBRE

C'est le type de l'urgence chirurgicale au déroulement dramatique.

— *Toujours* la symptomatologie en est suffisamment nette pour poser l'indication opératoire.

— *Fréquemment*, elle est suffisamment explicite pour faire un pas plus avant dans le diagnostic et reconnaître qu'il s'agit d'un ulcus gastro-duodénal perforé.

En clinique

Début :

Tout le tableau de la perforation en péritoine libre est dominé par deux symptômes essentiels :

— La douleur.
— La contracture.

Signes fonctionnels :

C'est la douleur qui marque le début des accidents.

Elle survient presque toujours, fait étiologique important, chez un *homme* en parfaite santé apparente, assez souvent pendant la période digestive.

Elle apparaît avec une brutalité extrême, inopinément, d'emblée à son intensité maxima, atroce, déchirante, *véritable coup de poignard.*

Elle *siège* au début au creux épigastrique, où elle restera toujours maxima, puis rapidement elle progresse vers le flanc droit avant de se généraliser à tout l'abdomen.

Elle s'accompagne d'un ou deux vomissements réflexes, signe inconstant et de peu de valeur.

Signes généraux. Ils passent par deux phases, en effet :

Cette douleur est telle qu'elle conditionne un *état de schock immédiat*, et le sujet est aussitôt *terrassé*, rigoureusement immobile, pâle, couvert de sueurs, parlant à voix basse et entrecoupée, lipothymique, voire même en état de syncope. Mais cette phase est *transitoire*, et lorsqu'on voit le malade, appelé d'urgence après ce début dramatique, on le trouve dans un *bon état général* qui ne devra pas tromper :

— Facies encore angoissé mais bon.
— Pouls rapide, mais bien frappé.
— Température normale.

Signes physiques :

La contracture est le signe que l'examen de l'abdomen met tout de suite en évidence :

1° *Dès l'inspection,*

On note que le ventre est *immobile*, « ne respire pas ».

Il est plat, rétracté au point que, parfois, les muscles droits dessinent leur relief sous la peau.

2° *Mais surtout la palpation va préciser cette contracture.*

On la recherche, la main réchauffée, à plat, avec soin, douceur, tenant compte de l'*hyperesthésie cutanée* pénible, constante.

— On la trouve intense, invincible, douloureuse.

— Elle siège au début à l'épigastre, puis rapidement se généralise à tout l'abdomen. Dès lors, son intensité et sa diffusion permettent de parler de véritable « *ventre de bois* » : fait objectif de valeur capitale.

On complètera toujours l'examen par :

1° *La percussion* pratiquée sur le sujet demi assis pour mettre en évidence *la sonorité préhépatique*, signe de grande valeur en faveur d'une perforation digestive lors-

qu'il est constaté précocement sur un abdomen contracturé.

2° *Le toucher rectal*, qui met en évidence *une douleur au cul-de-sac de Douglas.*

Interrogatoire

Dès lors, un interrogatoire rapide recherche systématiquement le *passé digestif* du malade.

Trois éventualités schématiquement :

1° Tantôt *l'ulcus est connu*, ou bien des antécédents, de même valeur, faits de douleurs post-prandiales survenant par crises séparées par des intervalles libres, ne laissant aucun doute sur l'existence d'un ulcère ;

2° Tantôt, il n'existe qu'un *passé dyspeptique fruste*, néanmoins de grand intérêt ;

3° Tantôt, éventualité plus rare, aucun antécédent digestif ne peut être mis en évidence et la *perforation est révélatrice* d'un ulcus méconnu.

Quoi qu'il en soit (même dans ce dernier cas), l'apparition brutale chez un *homme* :

— d'une telle *douleur* en coup de poignard,

— d'une telle *contracture*

suffit à soulever l'hypothèse de perforation d'ulcus en péritoine libre et à dicter l'intervention d'urgence.

Un doute serait-il possible, on a pu préconiser récemment l'aide qu'apporterait la :

Radioscopie d'urgence

Effectuée sans préparation, le sujet en position verticale, elle montre *le croissant clair gazeux sus-hépatique*, mobile avec les positions du malade.

Encore faut-il savoir que cet examen complémentaire — non indispensable pour le diagnostic — ne pourra être envisagé que si les conditions d'installation permettent de ne pas perdre un temps précieux.

Evolution

Opéré, *le pronostic immédiat* dépend de deux éléments :

1° L'état des lésions obligeant à des opérations de gravité et de durée variables ;

2° La précocité de l'intervention surtout, qui conditionne la résistance générale du sujet et *la* 6e *heure* marque le *cap* avant lequel on intervient dans les meilleures conditions.

La suture de l'ulcus qui constitue le traitement de base assure une évolution favorable, réserve faite de complications post-opératoires assez rares (broncho-pneumonie, accidents occlusifs). Après une quinzaine de jours, il conviendra de vérifier, à la radioscopie, *le transit gastrique* : s'il est gêné, une gastro-entérostomie peut être nécessaire

Le pronostic ultérieur est variable.

Chez ces malades, restés des ulcéreux, *la persistance de douleurs* pourra amener à discuter l'opportunité d'une gastrectomie.

Parfois cependant, la perforation aboutissant ultime de l'ulcère est suivie d'une *cessation des douleurs*, et peut être considérée comme un mode de guérison.

Non opéré précocement. — Le pronostic devient bien différent. Certes, il faut toujours intervenir, mais savoir qu'à partir de la *sixième heure*, cap dangereux, l'intervention devient de plus en plus aléatoire.

L'évolution se fait vers la *péritonite généralisée*, dont le tableau est constitué dès la douzième heure :

Signes fonctionnels :

— La *douleur*, généralisée à tout l'abdomen, diminue d'intensité.

— Le *hoquet*, les vomissements se répètent.

— L'arrêt des matières et des gaz se constitue.

Signes physiques :

— Le météorisme gagne tout l'abdomen, avec matité dans les flancs, cependant que la contracture diminue.

Signes généraux :

— L'état général décline.

— Le pouls devient filant.

— La température monte à 40.

— Le facies prend l'aspect classique « péritonéal ».

Mélange de signes péritonéaux et d'occlusion, annonçant la mort malgré l'intervention, qu'on doit quand même pratiquer.

Formes cliniques

A côté de cette forme fréquente, de diagnostic facile, existent des formes *rares mais atypiques*, posant un problème diagnostic difficile à résoudre, mais tout aussi important.

I. Formes symptomatiques, parmi lesquelles :

a) *Formes frustes.*

— La *douleur* du début a été peu nette, si bien que le sujet est souvent vu de façon retardée.

— *La contraction*, lorsqu'elle existe, même discrète, même limitée au creux épigastrique, *garde toute sa valeur* et dicte formellement l'intervention.

Mais un peu de *météorisme* peut la masquer et rendre la recherche de la sonorité pré-hépatique sans valeur.

— La difficulté est au maximum si les *antécédents digestifs* sont nuls.

Dans ces cas douteux, on conçoit l'intérêt de *l'examen radioscopique* révélant le croissant gazeux sous-diaphragmatique, voire la *légitimité d'une laparotomie exploratrice.*

b) *Des formes latentes :* tel est le cas réalisé par une perforation survenant à *l'acmé d'une poussée ulcéreuse.*

Un ulcéreux connu fait une crise douloureuse, fébrile et particulièrement réfractaire au repos, aux calmants habituels.

La perforation ne se traduit que par un paroxysme de la crise.

La *contracture* garde une grande valeur, mais reste souvent peu explicite, car localisée, discrète, et surtout mise sur le compte de la réaction de défense épigastrique, fréquente au cours des crises ulcéreuses.

L'intervention se fait dans des conditions peu favorables en raison de la poussée infectieuse que traduit l'élévation de la température.

c) *Des formes à symptomatologie trompeuse :*

1° *Formes pseudo-appendiculaires :*

Il faut savoir la fréquence des cas où la douleur, la contracture sont maxima dans la fosse iliaque droite. D'où le précepte devant un appendice trouvé sain à l'intervention d'aller vérifier l'estomac et le duodénum pour trouver l'explication des signes cliniques constatés.

2° *Formes pseudo-occlusives :*

Chez le vieillard, la perforation donne lieu à un tableau d'occlusion intestinale dont on ne retrouve pas cliniquement la cause.

II. *Des formes évolutives*, essentiellement la *perforation couverte* par le foie, le grand épiploon, grâce à la formation d'adhérences :

Le début est celui, dramatique, d'une perforation, mais qui *tourne court.*

L'évolution est exceptionnellement favorable car la perforation peut évoluer *en deux temps*, ou bien aboutir à la constitution d'un *abcès sous-phrénique.*

L'intervention s'impose donc avec autant de rigueur que dans la forme habituelle.

III. Le siège de l'ulcère peut entraîner des modalités cliniques, et c'est ainsi qu'à côté des *perforations antérieures* auxquelles correspondent surtout le tableau typique, il faut signaler :

a) *Les perforations postérieures ouvertes dans l'arrière-cavité :*

— La douleur et la contracture restent localisées à l'épigastre.

— Surtout apparaît un ballonnement épigastrique précoce.

— Souvent l'évolution se fait vers un abcès enkysté de l'arrière-cavité des épiploons.

b) *Les perforations de la petite courbure :*

— Douleur xyphoïdienne.

— Vomissements fréquents.

c) *Les perforations juxta-cardiaques :*

— A symptomatologie *thoracique* pouvant en imposer pour une affection pulmonaire.

IV. Suivant les antécédents : Chez un gastro-entérostomisé, un tableau de perforation pose le problème de la perforation de l'ulcus laissé en place ou d'un ulcus peptique.

V. Suivant l'age de l'ulcère, il faut opposer :

— L'ulcus *ancien calleux*, de diagnostic facile à cause des antécédents, mais de traitement délicat.

— L'ulcus *jeune*, souvent sans antécédent net, mais resté souple et de traitement aisé.

Diagnostic

En règle, le diagnostic de la perforation d'ulcus est facile.

I. Chez un ulcéreux avéré, le diagnostic est évident en dehors du cas de perforation survenant au cours d'une crise ulcéreuse intense.

II. Quand manquent les antécédents digestifs, quand le tableau est atypique, le diagnostic devient plus délicat.

A. — La grave erreur serait de croire à un syndrome médical qui conduirait à l'abstention :

1° Les *coliques néphrétiques, hépatiques* seront éliminées sur leur localisation, leurs irradiations bien spéciales, l'agitation du sujet, les antécédents.

2° La *crise gastrique du tabes* peut parfois poser de réelles difficultés, malgré le précepte de toujours rechercher le signe d'Argyll, la modification des réflexes avant toute intervention pour syndrome abdominal, des tabétiques ont pu être opérés à tort.

B. — L'erreur est beaucoup moins grave d'envisager d'autres syndromes chirurgicaux :

1° Rarement à cause des *signes de Shock* initiaux on envisagera les deux affections exceptionnelles :

— La *Pancréatite hémorragique aiguë*,

— L'*Infarctus mésentérique*,

qui, d'ailleurs ne s'accompagnent jamais de contracture.

2° Rarement, puisque l'ulcus est rare *chez la femme*, on aura à discuter les syndromes gynécologiques :

Ruptures de *Pyo-Salpinx*,
de *Kyste* de l'ovaire,
de *Grossesse tubaire dans sa forme péritonéale*

qu'aiderait d'ailleurs à reconnaître le toucher vaginal systématique.

3° Retenir les *autres perforations digestives :*

a) Non pas tant la *perforation vésiculaire*, dont le tableau est tout différent, survenant le plus souvent chez une femme à antécédents lithiasiques.

b) Mais surtout la *perforation appendiculaire*, dont le diagnostic est très souvent soulevé en raison :

— De la *fréquence* de l'appendicite,

— De l'existence d'*ulcus simulant l'appendicite* par leur symptomatologie iliaque droite,

— De la possibilité d'appendicite à symptomatologie haute (appendicite sous-hépatique).

Plus que sur des nuances cliniques (température élevée, état général plus grave), le diagnostic sera rectifié à l'*intervention :*

— Soit qu'intervenant pour *ulcère*, on ne trouve pas de perforation mais un appendice malade,

— Soit, plus souvent, que l'hésitation conduise d'abord à pratiquer une *incision appendiculaire* révélant à l'ouverture du péritoine :

— L'issue de gaz,

— L'existence de liquide bouillon trouble,

— L'insignifiance des lésions appendiculaires en désaccord avec les symptômes d'examen.

Toutes constatations qui incitent à se porter secondairement sur l'estomac.

c) C'est aussi l'intervention qui fera le diagnostic :

— D'une perforation du diverticule de Meckel,

— De la perforation d'une typhoïde ambulatoire,

— D'un syndrome de fausse perforation parfois.

Traitement

1° Il y a *urgence*, les résultats sont en rapport avec l'heure, et on a pu dire :

— Avant la 6e heure : guérison presque la règle ;

— Après la 12e heure : guérison dans moitié des cas ;

— Au delà du 2e jour : pronostic très grave.

2° *Anesthésie* générale, plus rapide que la locale, permet une meilleure exploration en faisant céder la contracture.

3° *Incision* sus-ombilicale médiane et *ouverture du péritoine* qui permet d'assurer le diagnostic devant l'issue de gaz et la constatation de liquide intra-péritonéal.

4° *La perforation* unique, ovalaire, à l'emporte-pièce, de 1 à 10 mm.

a) *Souvent facile à trouver* sur la face antérieure de la région pyloro-duodénale.

b) *Parfois difficile*, vérifier alors la petite courbure, penser à une perforation postérieure et vérifier le petit épiploon.

5° *L'état des bords de la perforation* est capital à apprécier, car il dicte la suite du traitement :

a) *Ulcus récent* à bords nets, souples, avec muqueuse saine, tissus voisins de bonne qualité indique la *suture*, intervention de choix, qui sera pratiquée : toujours transversale, perpendiculaire à l'axe du pylore, pour ne pas le rétrécir, en un ou deux plans, complétée par *épiploo-plastie.*

b) *Ulcus ancien* à bords calleux, indurés à distance, entouré de tissus friable, oblige à des *plicatures* étendues rétrécissant le calibre pylorique et nécessitant souvent une *gastro-entérostomie* complémentaire.

6° *Les soins post-opératoires* sont ceux, minutieux, de toutes les grandes interventions abdominales.

Deux questions restent à discuter :

1° Faut-il *drainer?* C'est fonction de l'heure : Dans les premières heures, on peut refermer sans drainer. Tardivement, drainer par voie sus-pubienne.

2° *La gastrectomie?* Intervention idéale permettant d'enlever les lésions. Elle n'est praticable que dans certaines conditions, entraînement particulier ; sujet vu dans les toutes premières heures, jeune, résistant ; lésions favorables. Elle reste une intervention d'exception.

(*A suivre.*)

R. Joussemet,
J. Joussemet-Lefèvre.

LIVRES NOUVEAUX

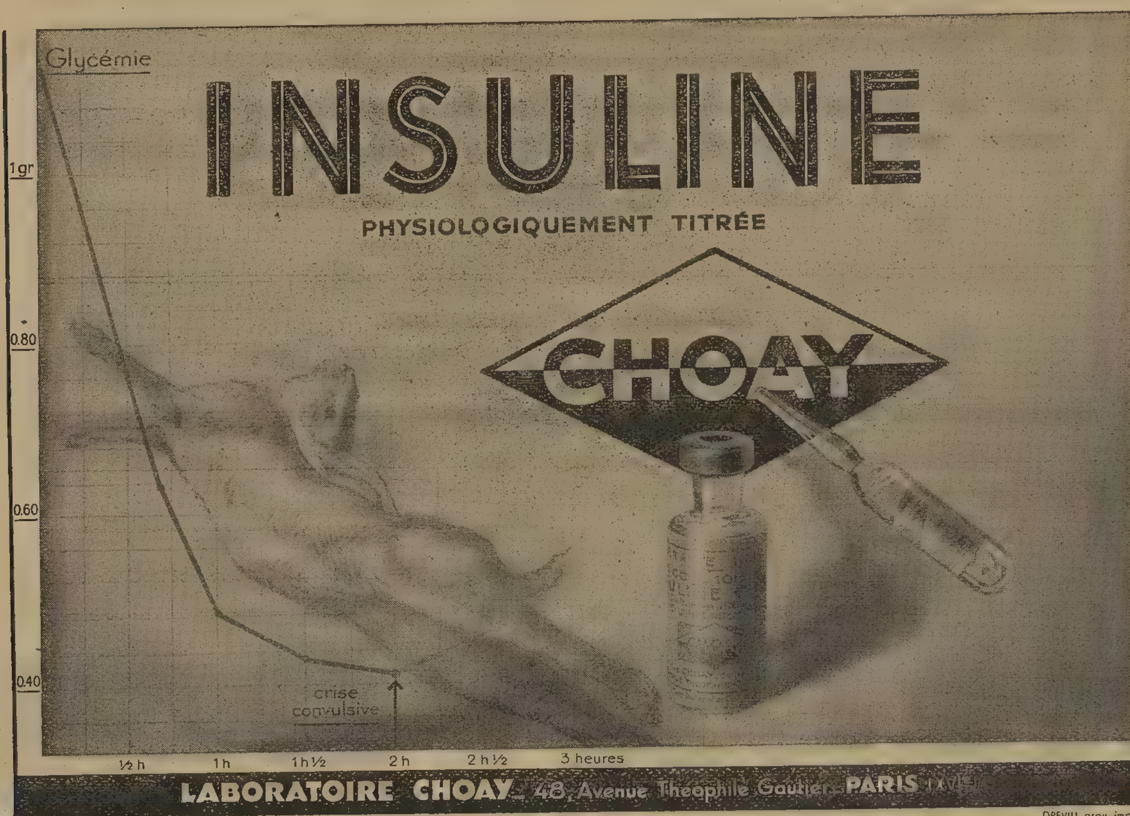
Aux confins de la dyspepsie, par Maurice Loeper, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine. — Un volume de 308 pages avec 33 figures, 80 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

Ce livre est consacré surtout aux dyspepsies gastriques secondaires. La dyspepsie est bien rarement limitée à l'estomac. Elle est assez souvent digestive et totale, ce qui complique son diagnostic ; son étiologie s'étend chaque jour, ce qui complique son traitement. Certaines dyspepsies sont autonomes ou primitives, c'est-à-dire qu'elles appartiennent à l'estomac et à lui seul ; d'autres, et plus nombreuses, sont dépendantes et secondaires, c'est-à-dire qu'elles sont la conséquence de maladies ou de troubles d'organes extragastriques.

De même que le fonctionnement gastrique retentit sur les humeurs, sur les organes, sur le système nerveux et sur les vaisseaux, par toute une série d'actions réflexes, toxiques ou carencielles, de même les maladies des organes, des nerfs, des vaisseaux, les dyscrasies, retentissent sur l'estomac et y provoquent des troubles variés.

Certes, le syndrome dyspeptique s'y retrouve avec ses caractères assez semblables et schématiques, mais il prend parfois une allure plus spécifique en rapport avec les causes qui le régissent.

Il est des dyspepsies surtout sensitives, d'autres motrices, d'autres secrétoires, selon que le trouble circulatoire, l'irritation nerveuse, le toxique, agissent avec élection sur le muscle, la sensibilité, la sécrétion.



Glycémie
1gr
0.80
0.60
0.40
INSULINE
PHYSIOLOGIQUEMENT TITRÉE
CHOAY
crise convulsive
½ h
1 h
1 h ½
2 h
2 h ½
3 heures
LABORATOIRE CHOAY 48, Avenue Théophile Gautier PARIS
DREVILL grav. imp.

Ce livre étant consacré surtout aux dyspepsies gastriques secondaires, on y verra que, simples ou complexes, il en faut chercher l'origine ailleurs que dans l'estomac ; que le traitement, en conséquence, n'y peut être celui d'une affection gastrique qui serait inopérant, mais celui d'une maladie organique ou générale qui peut être au contraire efficace.

La chimie en fixe la sécrétion ; la radiologie, le tonus ; la cytologie, la réaction muqueuse ; la gastroscopie, les lésions éphémères ou durables.

On peut les diviser en neuf chapitres :

Alimentaire par excès ou intolérance, hépatique, vasculaire, rénale, vermineuse, infectieuse ou tuberculeuse, endocrinienne, humorale, névritique.

Chacune de ces dénominations suffit à désigner chacune de leurs causes principales.

L'auteur n'a exposé ici que les dyspepsies qu'il a pu voir et non toutes les dyspepsies dont beaucoup sont certes encore inconnues.

Les observations ont été faites sur des malades de ville ou d'hôpital et comportent toutes un chapitre séméiologique, pathogénique, diagnostique, thérapeutique et expérimental.

Une nouvelle grande réticulo-endothéliose : La Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, par L. M. Pautrier, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Strasbourg. — Un volume de 344 pages avec 105 figures, 90 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

« Je m'efforce depuis plusieurs années, écrit l'auteur dans la préface de ce livre, d'orienter mon enseignement, mes travaux personnels, ceux de mon service, vers un but commun ; faire disparaître peu à peu la dermatologie descriptive, morphologique et lui substituer une dermatologie s'orientant de plus en plus vers l'histophysiologie, vers la physiologie, la biologie et la pathologie générale ».

Rien ne paraît plus démonstratif de cette façon de concevoir la dermatologie que l'histoire de la nouvelle grande réticulo-endothéliose qu'il expose ici. Partie de la description de simples lésions dermatologiques considérées comme assez rares, en rapports plus ou moins éloignés avec la tuberculose, elle ne fut d'abord que le *lupus pernio* de Besnier-Tenesson, puis les « sarcoïdes » de Bœck. Devenue la « lymphogranulomatose bénigne » de Schaumann, son domaine s'étendit singulièrement, et c'est à Jorgen Schaumann qu'est due incontestablement la première synthèse qui en fit une maladie générale, à localisations multiples. Mais à mesure qu'on l'étudiait, son domaine ne cessait de s'étendre : aux lésions cutanées initiales se surajoutaient des lésions pulmonaires, ganglionnaires, osseuses, glandulaires, viscérales, oculaires. Ces lésions diverses sont loin d'accompagner toujours toutes à la fois, les lésions cutanées ; le plus souvent ce ne sont que les ganglions, ou le poumon, ou les deux, ou encore les os qui sont touchés en même temps que la peau. Mais l'affection devenant une grande maladie de système, il n'y a aucune raison pour que la peau soit prise la première. Le professeur Pautrier eut la satisfaction de produire lui-même le premier cas à localisations uniquement pulmonaires et ganglionnaires.

Dans une série de publications, au cours de ces dernières années, il n'a cessé d'attirer l'attention sur la variabilité évolutive de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann : tantôt ce sont les lésions cutanées qui ouvrent la scène et qui ne sont suivies qu'au bout d'un certain temps par les lésions pulmonaires et ganglionnaires ; tantôt c'est le poumon qui débute, la peau n'étant prise qu'après un décalage de plusieurs mois, voir même de deux ou trois ans. Les lésions osseuses peuvent parfois attirer l'attention par l'aspect de *spina ventosa* qu'elles donnent aux doigts de mains ou de pieds ; souvent elles ne sont décelées que par la radiographie.

Ainsi les simples lésions dermatologiques qu'étaient le *lupus pernio* et les sarcoïdes dermiques ne sont devenues que la projection, au niveau de la peau, d'une vaste maladie de système d'une réticulo-endothéliose, qui peut successivement, simultanément ou isolément envahir tous les territoires de l'organisme. L'affection déborde largement le cadre de la dermatologie et s'étend à toutes les branches de la médecine : elle intéresse le clinicien interne, phtisiologue, le radiologiste, le chirurgien, l'oculiste, l'oto-rhino-laryngologiste. Elle intéresse également l'anatomo-pathologiste puisque les lésions qui la constituent peuvent, pour un œil non averti, simuler la tuberculose, et qu'elles ont été à n'en pas douter, jusqu'ici, l'occasion d'erreurs de diagnostic certaines. Elle intéresse encore le bactériologiste, son étiologie étant loin d'être encore connue, les uns étant partisans d'une tuberculose bovine, les autres d'un virus à déterminer.

Depuis que l'on commence à connaître la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, les cas s'en multiplient. Il a paru à l'auteur que, dans ces conditions, il y avait avantage à consacrer une monographie à cette nouvelle grande réticulo-endothéliose, à résumer toutes observations et mémoires dispersés et à tenter une description d'ensemble susceptible d'intéresser tous les médecins appelés à la rencontrer, un jour ou l'autre, dans leur service hospitalier ou leur clientèle.

INFORMATIONS

(suite de la page 58)

L'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques. — Le *J. O.* du 14 janvier publie un décret créant, conformément à la loi du 16 août 1940, un comité d'organisation pour l'industrie et le commerce des produits pharmaceutiques. Ce comité comprend six membres ; l'un d'entre eux est président responsable du comité.

Est nommé président responsable du comité, M. Maurice Leprince. Sont nommés membres dudit comité : MM. Marcel Bo, André Comar, François Prevet, Marcel Lantenois, Louis Papillaud.

Cours de la Faculté de Médecine de Paris.

Clinique médicale de l'hopital Saint-Antoine (Professeur Maurice Lœper, Dr André Lemaire, agrégé). — *Réunions médicales mensuelles sur des sujets d'actualité*, avec le concours des médecins de l'hôpital Saint-Antoine, le dernier jeudi du mois, à 11 heures, amphithéâtre Hayem.

Jeudi 30 janvier. — La maladie de Besnier-Bœk : La place nosologique de la maladie, par M. Bariéty ; les lésions cutanées, par M. Degos ; Les formes pulmonaires, par M. Jacob.

Jeudi 27 février. — Quelques points particuliers de la maladie de Hodgkin : Anatomie pathologique, par Hugnenin ; maladie de Hodgkin et tuberculose, par M. Herrenschmidt ; résultats de la radiothérapie, par M. Cottenot.

Jeudi 27 mars. — Sémiologie et thérapeutique de l'avitaminose nicotinique : Avitaminose et porphyrinurie, par M. Hernando ; le syndrome de l'avitaminose, par M. Justin-Besançon.

Jeudi 24 avril. — La maladie de Hanot est-elle une entité morbide : Les caractères cliniques, par M. Chabrol ; anatomie pathologique, par M. Cain.

Jeudi 29 mai. — L'insuline-retard dans le diabète : Les bases physiologiques du traitement, par M. Perrault ; conduite de la cure et résultats, par M. Boulin.

Jeudi 26 juin. — Les phases initiales du cancer de l'estomac : Les premiers signes cliniques, par M. Debray ; les images radiologiques suspectes, par M. Ordioni ; les premières phases anatomiques, par M. Yvan Bertrand.

Clinique de tuberculose. — Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres (Prof. M. Jean Troisier). — M. M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. G. Brouet, agrégé, feront durant les mois de janvier, février, mars 1941, dix leçons sur : *Quelques problèmes fréquents dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte* (avec démonstration pratique).

Ces cours auront lieu le *dimanche matin, à 10 heures 30*, salle des cours de la Clinique de la tuberculose ;

Deuxième leçon : *Dimanche 2 février : Le syndrome clinique et radiologique des cavernes tuberculeuses.*

Nécrologie

Le docteur Albert Fournier, directeur technique des Laboratoires Fournier frères, à Paris.

— Le Dr Camille Hischmann, ancien chef de service d'électrothérapie à l'hôpital Lariboisière, décédé à l'âge de 82 ans.

— Le Dr Jean-Serge Lacroze, à Caudéran (Gironde).

— Le Dr Maurice Lafond-Oré, accoucheur des hôpitaux de Bordeaux.

— Le Dr Christian Paul, ancien interne des hôpitaux de Paris (1930), médecin chef du 1er secteur de l'air, mort au Champ d'honneur, lors du torpillage du torpilleur *Bourrasque*, le 30 mai 1940. Notre regretté collègue a été l'objet d'une magnifique citation pour son héroïsme à Dunkerque.

A son père, le Dr Paul-Depasse, nous adressons l'expression de notre profonde sympathie.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N[os] 9-10. — 29 JANVIER-1[er] FEVRIER 1941 114[e] ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6[e]. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6[e]) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — AVIS. — La session extraordinaire d'examens, réservée aux étudiants de l'ancien régime, aura lieu du 3 au 8 février 1941.

Comité National Consultatif. — Parmi les membres du Comité National Consultatif dont la liste vient d'être publiée par la radio, figurent un certain nombre de médecins : le professeur Leriche, président du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins, les docteurs Benquet (de Nérac), de Framond (député), Pitti Ferrandi (sénateur), Rougier (du Lot), Rouvière (du Gard).

Plusieurs membres de l'Académie des Sciences font également partie du Conseil [illegible] sont : le prince Louis de Broglie, M. Georges Claude et M. J[illegible] Lumière.

La réforme des études médicales. — Une commission de réforme des Etudes Médicales a été instituée par arrêté ministériel de M. le Secrétaire d'Etat à l'Instruction Publique.

Elle est ainsi composée : *Président*, M. Pierre Duval, président de l'Académie de Médecine ; *membres*, MM. Baudouin, doyen de la Faculté de Médecine de Paris ; Maurain, doyen de la Faculté des Sciences de Paris ; Lépine, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon ; Mauriac, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux ; Cornil, doyen de la Faculté de Médecine de Marseille ; Leriche, professeur au Collège de France ; Mondor, professeur à la Faculté de Médecine de Paris ; Pasteur Vallery-Radot, professeur à la Faculté de Médecine de Paris ; Alajouanine, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris ; Jean Delay, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, *secrétaire* de la commission.

La commission a commencé ses travaux le 13 janvier 1941.

Exercice de la médecine en Algérie. — Le *J. O.* du 18 janvier publie un décret, étendant à l'Algérie, la loi du 16 août 1940, relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et de pharmacien.

Notons que la nationalité française à titre originaire, comme étant né d'un père français, n'est pas exigée des praticiens français, d'origine étrangère, nés en Algérie.

C'est la seule modification apportée au texte de la loi du 16 août 1940.

Société Médicale des Hôpitaux. — BUREAU POUR 1941. — *Président* : M. le Prof. Lœper ; *vice-président* : M. le Prof. Rathery ; *secrétaire général* : M. Claude Gautier ; *trésorier* : M. Noël Péron ; *secrétaires annuels* : Mme Roudinesco et M. Marcel Perrault.

Légion d'honneur. — GUERRE. *Réserve.* — Sont inscrits au tableau spécial de la Légion d'honneur, pour officiers :

MM. Pierre Chazal, méd. lieut.-col., région de Paris ; Louis Arnaud, méd. lieut.-col., troupes du Maroc ; René Delapchier, méd. comm., région de Paris ; Frédéric Laurent, méd. lieut.-col., troupes du Maroc ; Bonaventure Foatelli, méd. comm., 4[e] région ; Edmond Groc, méd. lieut.-col., 16[e] région ; Joseph Morisot, méd. lieut.-col., 4[e] région ; Jules Bordereau, méd. lieut.-col., 17[e] région ; Claude Chaduc, méd. lieut.-col., 13[e] région ; Félix Mortier, méd., lieut.-col., région de Paris ; Pierre Le Mière, méd. comm. région de Paris ; Georges Petit, médecin lieut.-col., 17[e] région ; Mathieu Pfulb, méd. comm., région de Paris ; Charles Marini, méd. comm., troupes de Tunisie ; Charles Beutler, méd. lieut.-col., 13[e] région ; Alexandre Chambelland, méd. lieut.-col., 18[e] région ; Joseph Rigal, méd. comm., 14[e] région ; Eugène Gautier, méd. lieut.-col., région de Paris ; Georges Hornus, méd. lieut.-col., 17[e] région ; Jean Marnata, méd. lieut-col., troupes de

Tunisie ; Gabriel Boudin, méd. comm. 8e région ; Fernand Verrier, méd. comm., 15e région ; Pierre Toulant, méd. lieut-col., 19e région ; Maurice Brémond, méd. lieut.-col., 15e région ; Joseph Planche, méd. comm., 15e région ; Jean Rochaix, méd. lieut.-col., 14e région ; Joseph Mouzels, méd. lieut.-col. 7e région ; François Desbouis, méd. comm. 3e région ; André Ceillier, méd. cap., région de Paris ; Victor Sénès, méd. comm., 15e région ; Marcel Rouget, méd. lieut.-col., région de Paris ; Maurice Barbier, méd. comm., région de Paris ; Emile Chevrier, méd. lieut.-col., région de Paris ; Gaston Faulong, méd. lieut.-col., région de Paris ; Léon Voillemot, méd. comm., région de Paris ; Adrien Jacobs, méd. comm., région de Paris ; Jules Vittenet, méd. lieut.-col., 8e région ; Jules Amsler, méd. comm., région de Paris ; Charles Goiny, méd. comm., 16e région ; Jean Cristofle, méd. comm., 1re région ; Denis Crop, méd. comm., région de Paris ; Fernand Dernoncour, méd. comm., troupes du Maroc ; René Welsch, méd. lieut.-col. 1re région ; Fernand Théroude, méd. comm., région de Paris ; Simon Narboni, méd. comm., 19e région ; Léonard Mauriac, méd. lieut.-col., 18e région ; Jean Consiroles, méd. comm., 18e région ; Charles Girode, méd. comm. région de Paris ; Eugène Martène, méd. comm., 4e région ; Louis de Gonzagues Sauvé, méd. lieut.-col, région de Paris ; Edouard Houssin, méd. comm., région de Paris ; Jean Pouchet, méd. lieut.-col., 5e région ; Louis Laban, méd. comm., troupes du Maroc ; Célestin Guerrier, méd. lieut.-col., région de Paris ; Jules Beloux, méd. comm., région de Paris ; Emmanuel Roussin, méd. comm., 14e région ; Auguste Paoletti, méd. comm., troupes du Maroc ; Michel Chomette, méd., comm., 5e région ; Jean Gontier, méd. comm., région de Paris ; Gaston Tisserand, méd. lieut.-col., 7e région ; Joseph Ramery, méd. comm., troupes du Maroc ; Georges Lépine, méd. lieut.-col., région de Paris ; Pierre Brun, méd. comm., 18e région ; Louis Rue, méd. comm., 3e région ; André Melin, méd. comm., 18e région ; Louis Brun, méd. comm., région de Paris ; Paul Adam, méd. comm., 6e région ; Georges Haton, méd. comm., 20e région ; Henry Retrouvey, méd. comm., 20e région ; Pierre Viguerie, méd. comm., 17e région ; Maurice Coillot, méd. comm., 7e région ; Paul Barbier, méd. lieut.-col., 6e région ; Martial Testard, méd., comm., 9e région ; Daniel Walser, méd. comm., 7e région ; Jules Euzière, méd. lieut.-col., 16e région ; Emile Périn, méd. comm., région de Paris ; Henri Dupérier, méd, comm., 11e région ; Georges Mayer, méd. comm., 6e région ; Molin de Teyssieu, méd. comm., 18e région ; Charles Fructus, méd. comm., 9e région ; Raymond Bourquard, méd. comm., 15e région ; Etienne Roques, méd. comm., 7e région ; Jean Charpentier, méd. cap., région de Paris ; André Grosjean, méd. comm., région de Paris ; René Bergis, méd. comm., 15e région ; René Guillaume, méd. comm., 19e région ; Etienne Roques, méd., comm., 17e région ; Charles Cordier, méd. comm. 8e région ; Leuret, méd. comm., région de Paris ; Adolphe Oblicher, méd. comm., région de Paris ; Alphonse Bernardie, méd. comm., région de Paris ; Raymond Schousboë, méd. comm., 19e région ; Paul Cottenot, méd. lieut.-col., région de Paris ; Paul Harvier, méd., lieut.-col., région de Paris ; Jean Delmas, méd. lieut.-col., 16e région ; Paul Abely, méd. comm., région de Paris ; Donat Bollet, méd. cap., 13e région ; René Deviller, méd. comm., région de Paris ; Henri Bénard, méd., comm., région de Paris. *(A. suivre.)*

Guerre. *Active. Chevalier :* M. Jacques (Maurice), médecin lieutenant au 152e d'infanterie. (Croix de guerre avec palme.)

Médaille militaire. — M. Masselin (Claude), médecin auxiliaire à la compagnie 108/81, 3e corps d'armée. (Croix de guerre avec palme.)

Commissariat général à l'Education générale et aux Sports. — *Bureau Médical, 11, rue Scribe, Paris (9e).* — Un cours d'information comprenant 20 conférences concernant plus spécialement les questions touchant au Contrôle médical de l'Education Physique et Sportive va être organisé par l'Université de Paris, à partir du 10 février prochain.

Ce cours est, en principe, destiné aux médecins des lycées et aux médecins-inspecteurs des écoles de Paris et du département de la Seine. Toutefois, suivant les possibilités, un certain nombre d'autres médecins pourront être admis à le suivre.

Les trois premiers cours auront lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, les 10, 12 et 14 février. A partir du lundi 17 février, ils se feront à l'Institut d'Education Physique de l'Université de Paris (1, rue Lacrételle), où ils seront suivis de démonstrations pratiques. Les deux dernières séances auront lieu à la Faculté. Durée des conférences : 3/4 d'heure ; durée des démonstrations pratiques : 1/2 heure. Chaque séance commencera à 9 heures du matin.

Les droits d'inscription (50 francs) sont reçus au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundi, mercredi, vendredi, de 14 à 16 heures ou, tous les jours, de 15 à 18 heures, à l'Institut d'Education Physique.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser, de 15 à 18 heures, à l'Institut d'Education Physique ou au Commissariat général à l'Education générale et aux Sports (bureau médical), 11, rue Scribe. Tél. Opéra 61-66.

Clinique de la tuberculose. — Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres (Prof. M. Jean Troisier). — M. M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. G. Brouet, agrégé, feront, durant les mois de janvier, février, mars 1941, dix leçons sur : *Quelques problèmes fréquents dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.* Ces cours auront lieu le *dimanche matin, à 10 heures 30*, salle des cours de la Clinique de la tuberculose.

Troisième leçon : *dimanche 9 février.* M. Brouet : *Les différents sièges des cavernes pulmonaires.*

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Henri-Alphonse Richardière, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, ancien président de la Société de Pédiatrie, décédé à l'âge de 83 ans.

M. Richardière avait été nommé interne des hôpitaux en 1880. Il était avec notre Maître, M. Tissier, l'un des derniers représentants d'une promotion qui comptait Gilbert, Œttinger, Ricard, Lermoyez, Darier, Charrin. Il avait été nommé médecin des hôpitaux en 1890, il était chef de service à l'Hôpital des Enfants-Malades lorsqu'il fut atteint, en 1923, par l'âge de la retraite.

Pédiatre, justement réputé, M. Richardière aurait du avoir sa place dans le corps enseignant de la Faculté. Les concours en décidèrent autrement.

M. Richardière laissera le souvenir d'un savant estimé de tous par ses travaux, par sa bienveillance envers ses élèves, par sa bonté et sa haute probité.

— Le Dr Henry Blanc, de Bordeaux, vient d'être enlevé en pleine maturité. Ancien assistant du professeur Marion, à Paris, il occupait une place importante parmi les urologues. Il laisse le souvenir d'un confrère d'une haute érudition, d'une parfaite distinction, doué de toutes les qualités du cœur et de l'esprit. C'était aussi un ardent patriote, engagé volontaire en 1914, il avait encore repris du service en 1939. Les regrets causés par sa disparition seront unanimes.

— Mme le Dr Edwards-Pillet, chevalier de la Légion d'honneur, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

— Le Dr Léon Bizard, ancien médecin de Saint-Lazare, décédé à Paris.

— Le Dr Joseph Guyonnet, à Pont-Audemer.

Morts au Champ d'honneur :

— Dr Pierre Gay, médecin auxiliaire au G. D. S. 68.

— Dr Sonnet, médecin lieutenant au 77e R. I.

25.000 livres d'étude viennent d'être envoyés aux étudiants et universitaires prisonniers. — Sur l'initiative du Secours Universitaire de l'Académie de Paris et du Centre d'Entr'aide aux Etudiants mobilisés et prisonniers (Comité Supérieur des Œuvres Sociales en faveur des Etudiants), un très important envoi de livres d'étude et de culture générale vient d'être fait à destination des camps de prisonniers en Allemagne.

Cet envoi a été rendu possible grâce aux fonds et à l'appui généreux du Comité Central d'Assistance aux Prisonniers de Guerre, auquel le Centre d'Entr'aide est adhérent, M. de Calan, président, et la section « Bibliothèques et Jeux » du Comité central, ainsi que Mme la Générale Huntziger et M. Bernard Fay, administrateur général de la Bibliothèque Nationale, ont reçu les témoignages de la profonde reconnaissance de l'Université et de l'Union Nationale des Associations d'étudiants.

Grâce à cet envoi, un fonds de bibliothèque d'étude et de culture générale sera constitué pour chacun des 108 camps d'Allemagne.

Voir la suite des Informations, page 102

REVUE GENERALE

LE TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE A PNEUMOCOQUES PAR LES SULFAMIDES

Par MM.
Claude Huriez, Professeur agrégé
Jean Paris, Chef de Clinique-adjoint
à la Faculté de Médecine de Lille

Parmi les méningites septiques, l'inflammation des méninges par le pneumocoque, moins fréquente que celle due au méningocoque, n'est cependant pas exceptionnelle. Dans la statistique de Neal, Jackson et Appelbaum, basée sur l'analyse de 1.739 cas de méningites purulentes, elle tient la deuxième place, avec une fréquence de près de 10 %.

Dans la majorité des cas, la méningite est secondaire à une pneumopathie, à une sinusite ou à une otite à pneumocoques, mais il est des observations où l'atteinte méningée est apparemment primitive, sans qu'on puisse déceler de foyers pneumococciques au niveau des poumons, des sinus de la face, des cavités auriculaires ou dans tout autre viscère ou tissu.

Primitives ou secondaires, ces méningites étaient jusqu'en 1936, le plus souvent mortelles. Les rares cas de guérisons concernaient surtout des méningites post-otitiques. Dans ce dernier cas, un drainage de la collection suppurée, associé à une sérothérapie précoce et massive, avait pu être suivi de guérison. Il avait été publié également quelques cas de pneumococcies méningées primitives et curables. Les observations françaises de Castaigne et Debré (1908), de Lafforgue (1911), d'Achard (1921), de Ménétrier et Aubertin (1922), de Hallé (1923), de Bhageeruthy (1930), de Lemierre (1935), de Guillemot et Ribadeau-Dumas, de Guerbet et Loizemant, furent réunies dans la thèse de Germenot (Paris 1935). L'auteur remarquait que ces formes curables de méningites pneumococciques concernaient le plus souvent des cas où la réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien était minime et peu marquée, qu'il y eut ou non pullulation microbienne.

Mais comme l'écrivait Netter, quelles que fussent les thérapeutiques employées (sérothérapie-vaccinothérapie-abcès de fixation-transfusion simple ou immuno-transfusion), la guérison survenait dans moins de 10 % des cas. Il fut publié à l'étranger des statistiques beaucoup plus sombres encore. Hodes, Gimbel et Burnett n'avaient pu sauver aucun des 29 cas de méningite à pneumocoques qu'il leur fut donné de traiter de 1930 à 1936. Cependant, la sérothérapie antipneumococcique avait acquis, aux Etats-Unis, une importance et une précision exceptionnelles, grâce à l'isolement d'une trentaine de souches différentes de pneumocoques et à la préparation de sérums monovalents correspondants.

Les magnifiques résultats obtenus par la sulfamidothérapie des méningites à streptocoques, puis à méningocoques, ont incité à tenter cette chimiothérapie dans les méningites à pneumocoques.

Dès 1937, Allen, Mayer et Williams rapportaient trois guérisons dues à l'emploi des sulfamides. La même année, Neal, Jackson et Appelbaum obtenaient une guérison sur 8 cas. En 1938, Neal et Appelbaum pouvaient produire une statistique de 14 cas traités par la sulfanilamide avec 21 % de guérisons : les 3 cas curables de cette série étaient les seuls où la sérothérapie n'avaient pas été associée à la sulfamidothérapie. D'autre part, il fallait souligner que, chez ces trois malades, l'atteinte méningée était secondaire à une localisation initiale voisine (mastoïdienne, ethmoïdale, amygdalienne) ayant nécessité une intervention chirurgicale.

La guérison était obtenue par l'association sérum-sulfanilamide dans les cas de Garfin, Gray et Adams, Query, ainsi que chez 6 des 10 malades traités par Finland, Brown et Raugh et chez 3 des 6 méningitiques de Hewell et Mitchell. Ces auteurs avaient d'ailleurs trouvé à cet époque (1939) 30 cas de guérison dans la littérature. Dans ces cas heureux, huit fois le pneumocoque type III avait été rencontré ; d'autre part, une fois sur huit, la guérison avait pu être obtenue dans les observations de méningites compliquées de pneumococcémie.

Les observations de Tixier, Eck et Grossiard, de R. Martin, de C. Hubert, de Dereux, de Germain et Gautron, de Boutin furent les premières à signaler, en France, la guérison des méningites pneumococciques par la paraaminophénylsulfamide.

En Angleterre, Caldwell et Byrne, Latto, Lockie et Landon ; en Hollande, de Jongh, rapportèrent des guérisons par ingestion ou injection de prontosil.

Mais dès les premiers travaux de Whitby et de Fleming, la sulfapyridine fut considérée comme particulièrement active contre le pneumocoque. Depuis 1939, le 693 M. B. fut donc utilisé très fréquemment dans le traitement de la méningite pneumococcique. Hodes, Gimbel et Burnett colligèrent 14 cas américains traités par la sulfapyridine à l'exclusion de toute sérothérapie. Ils ne relevèrent que quatre guérisons, mais leur statistique personnelle est plus encourageante. D'octobre 1938 à mai 1939, ils traitèrent par le 693 M. B. 17 cas dont 8 furent curables. Cutts, Gregory et West, Haley enregistrèrent également des succès.

En Grande-Bretagne, les observations de Reid et Dyke, de Robertson, de Cunningham, de Yule, de Robinson, de Holmes, de Mac Alpine et Thomas, de Cable ; en France, les cas de Caussade, Neiman et Kyriacopoulos, de Moulonguet et Lemoyne, de Bolzinger, de Morhange, de Damez et Rattier, de Canuyt, de Caroli, de Françon et Larrivet, de Nové-Josserand, les deux observations de Chiray et Maschas suffisent pour affirmer que la sulfamidothérapie et notamment la sulfamidopyrine-thérapie a transformé le pronostic de la méningite à pneumocoques.

Etude statistique générale

Au début de l'utilisation d'une méthode thérapeutique nouvelle, les succès sont présentés et dès qu'ils ont été obtenus. La publication des échecs est plus tardive et tous les insuccès ne sont pas signalés. Il devient alors difficile d'évaluer la proportion des cas favorables et des formes mortelles. D'autre part les auteurs français n'ont eu à traiter en général qu'un ou deux cas de méningites à pneumocoques et il est difficile d'apprécier la valeur exacte d'une thérapeutique d'après la relation de cas isolés. C'est pourquoi nous avons cru faire œuvre utile en analysant le plus grand nombre de cas possible afin de tirer de cette statistique générale, d'une part la connaissance du ou des produits paraissant les plus actifs et leur posologie optima, d'autre part la valeur de cette thérapeutique nouvelle.

Sur 140 cas dont nous connaissons l'évolution, il fut possible d'obtenir 81 guérisons (57,85 %).

Sur les 45 cas français publiés isolément de 1938 à 1940, nous relevons 27 guérisons (60 %). Par contre si nous retenons les cinq statistiques américaines de Finland, Brown et Raugh, de Hewell et Mitchell, de Hodes, Gimbel et Burnett, de Neal et Appelbaum, de Neal, Jackson et Appelbaum qui groupent à elles seules 55 cas, nous ne trouvons que 21 guérisons (38 % d'issues favorables). Cette fréquence relativement basse parait tenir en partie au fait que ces observations furent recueillies en 1937 et 1938, au début de la sulfamidothérapie.

Nous avons recherché si l'évolution vers la guérison ou la mort pouvait être rattachée à des circonstances épidémiologiques différentes (âge, race, variétés microbiennes), si elle dépendait de l'allure clinique de la méningite (primitive, secondaire, compliquée de septicémie) ou s'il fallait enfin incriminer des différences dans la mise en œuvre de la sulfamidothérapie.

a) Influence de l'âge.

La mortalité reste plus élevée dans l'enfance qu'aux autres âges ; la sulfamidothérapie a permis de sauver 20 enfants de moins de 14 ans sur 38 (52,6 % de cas heureux) tandis que sur 35 adultes, la guérison était obtenue vingt-quatre fois (68,5 %).

b) Influence de la race.

La gravité des infections pneumococciques pulmonaires chez les sujets de race nègre a été considérablement atténuée, grâce à la sulfamidothérapie. Cette notion ressort nettement de la statistique du professeur Bonnin qui eut à soigner, durant l'hiver 1939-1940, plusieurs centaines de pneumococcies (notamment pulmonaires) chez des Sénégalais, mais l'auteur bordelais a dit à l'un de nous combien était encore décevant le traitement de la méningite pneumococcique chez les noirs, malgré la sulfamidothérapie. D'ailleurs, les statistiques américaines, notamment celle de Hodes, Gimbel et Burnett, paraissent moins riches en succès que les nôtres du fait de la forte proportion de nègres qu'elles comprennent.

c) Influence de la variété microbienne du pneumocoque en cause.

Le type de pneumocoque ne fut précisé que dans neuf observations françaises, sans qu'on puisse incriminer une virulence plus grande des variétés I, II ou X qui furent identifiées aussi bien dans des formes curables que dans des formes mortelles. Par contre dans les 4 cas où le type III fut décelé, la guérison fut chaque fois obtenue (Germain et Gautron, Morhange, R. Martin, C. Hubert).

Dans les pays de langue anglaise où ces déterminations sont faites presque systématiquement, il ressort, à la lecture d'une cinquantaine d'observations que dix-huit types de pneumocoques furent identifiés. Le type III est noté le plus souvent (plus de 1/5 des cas), puis viennent ensuite, par ordre de fréquence décroissante, les types I, IV, VI et XXXI. Les types VI et XXXI paraissent, autant qu'il est possible d'en juger, entrainer un pronostic presque toujours fâcheux, tandis que le type III fut trouvé dans 10 cas dont 7 guérirent. Il semble donc nécessaire d'insister, après Kopetsky, sur la fréquence de ce pneumocoque type III (mucosus) et sur l'action particulièrement heureuse que les sulfamides ont sur lui. Faut-il voir dans ce type microbien une forme de transition entre les pneumocoques et les streptocoques plus sensibles à la sulfamidothérapie, comme certains auteurs l'admettent? ou bien faut-il faire intervenir le fait que le pneumococcus mucosus se rencontre presque exclusivement dans les méningites secondaires à des lésions de l'oreille ou des sinus, dont le pronostic fut toujours moins sévère que celui des méningites pneumococciques primitives?

d) Influence de la forme évolutive de l'infection méningée.

La sulfamidothérapie reste impuissante à enrayer l'évolution foudroyante de certaines méningites pneumococciques mortelles en moins de 24 heures après l'apparition des premières manifestations cliniques, comme dans l'un des cas de Marquézy et dans plusieurs de Hodes, Gimbel et Burnett.

e) Influence de la généralisation septicémique de l'infection pneumococcique.

La généralisation de l'infection pneumococcique est également considérée aux Etats-Unis comme un facteur capital de gravité : Hewell et Mitchell ont constaté que la méningite compliquée de septicémie avait été mortelle dans 7 cas sur 8. L'hémoculture était positive chez 9 des 17 méningitiques traités par Hodes, Gimbel et Burnett : 4 de ces septicémies purent être jugulées par la sulfamidothérapie. Millet ne put obtenir un pareil résultat chez son malade. En France, 3 observations sur 45 furent compliquées de pneumococcémie. Après amélioration de la méningite, cette septicémie fut mortelle chez les malades de Bénard et Merklen et de J. Huber, Lièvre et Payet, malgré l'administration respective de 127 et 166 grammes de sulfamides. L'autopsie devait déceler l'existence d'endocardite dans ces deux cas. Par contre, dans une des observations de Germain et Gautron, la guérison survint bien que l'hémoculture ait été positive dès le premier jour.

f) Gravité comparée des méningites primitives et des méningites secondaires.

Les méningites secondaires à d'autres localisations pneumococciques étaient considérées, avant la sulfamidothérapie, comme un peu moins graves que les infections méningées primitives. Les formes post-pneumoniques de la statistique française donnent une guérison pour deux décès ; cette proportion fut notée par Hodes, Gimbel et Burnett dans leur série de 17 cas dont 3 étaient survenus après une pneumopathie.

Par contre, le pronostic de la méningite pneumococcique d'origine otitique est nettement plus favorable : sur 25 cas que nous avons relevés dans la littérature, il y eut 18 guérisons (72 %) et sur 10 observations françaises de méningites otogènes à pneumocoques, 8 furent curables grâce à l'association du traitement sulfamidé au drainage de la collection suppurée auriculaire. Nous rappelons d'ailleurs à cette occasion la fréquence avec laquelle le pneumocoque de type III, paraissant plus sensible aux sulfamides, est rencontré dans ces cas.

g) Influence du corps sulfamidé utilisé et de sa posologie.

Les corps azoïques furent utilisés dans une vingtaine d'observations, françaises et étrangères (Prontozil, Rubiazol). Mais leur emploi a été rapidement abandonné, dès l'apparition en thérapeutique de la para-amino-phénylsulfamide (1162 F) et de la sulfapyridine (693 M. B.).

Nous avons pu relever dans la littérature des méningites pneumococciques 58 cas traités uniquement par le 1162 F et 39 autres soignés seulement par le 693 M. B. Les guérisons et les décès se répartissent de la façon suivante :

		Guérisons		Décès	
Nombre de cas	Corps employés	Nombre de cas	%	Nombre de cas	%
58	1162 F	26	44,8 %	32	55,2 %
39	693 M.B.	22	56,4 %	17	43,6 %

De cette statistique générale, il ressort que le 693 M. B. paraît un peu plus actif que le 1162 F dans le traitement de la méningite pneumococcique.

Dans un certain nombre de cas, les auteurs ont associé le 693 pris par les voies buccale et intra-musculaire au 1162 F à 0,85 % par voie intra-rachidienne et ont obtenu dans des cas graves une proportion de 50 % de guérisons.

Plus que la notion du dérivé sulfamidé utilisé, il importe d'analyser la notion de posologie.

Dans les formes suivies de guérison, nous avons relevé, à de très rares exceptions, l'emploi de doses d'attaque de 693 M. B. comprises entre 2 et 4 grammes par jour chez l'enfant, 5 et 9 grammes chez l'adulte. Pour le 1162 F, les doses étaient de 4 à 8 grammes chez l'adulte, de 3 grammes chez l'enfant. Mais dans un nombre important de cas, à l'ingestion étaient associées des injections sous-arachnoïdiennes de la solution à 0,85 % du même dérivé sulfamidé.

Dans les formes mortelles, il semble bien que les doses initiales aient été moins élevées que dans les cas précités : moins de 6 grammes chez l'adulte, moins de 3 grammes chez l'enfant. Mais si la posologie d'attaque fut modérée, par contre le montant de la dose totale atteignit 127 grammes pour le malade de Bénard et Merklen, 166 grammes pour celui de Huber, Lièvre et Payet, 186 grammes pour celui de Mme Bertrand-Fontaine et Schneider. Par contre la plupart des guérisons avaient été obtenues avec des doses totales de 19 à 25 grammes chez l'enfant, de 25 à 54 grammes chez l'adulte, sauf pour le malade de Hubert et Girard qui dut ingérer plus de 100 grammes de sulfamide, et pour celui de Morhange dont la guérison nécessita une cure totale de 135 grammes par suite d'une rechute un mois après l'atteinte méningée initiale.

Dans la méningite à pneumocoques, comme dans la méningite à méningocoques, il ressort donc que « plus la dose d'attaque est massive, plus l'administration de sulfamide peut être brève et globalement moins élevée ».

Cependant, la mort survient parfois malgré une sulfamidothérapie d'attaque intensive ; la méningite du malade de May, Prunet, Delaunay et Génévrier fut attaquée d'emblée par une dose quotidienne de 6 grammes de 693 M. B.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
COLITIQUE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif anticolibacillaire* Adopté par les Hôpitaux et le Ministère des Colonies *Voie buccale* : Une ampoule le matin à jeun, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections à colibacilles Gastro-entérite, Pyélonéphrite, Cystite, Maladies infectieuses des organes génitaux féminins, Ictère, etc...
LUSOFORME Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Solution de formaldéhyde* *et de ricinoléates alcalins*	Gynécologie - Obstétrique Antisepsie - Désodorisation
LYXANTHINE ASTIER Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	Composé anti-arthritique *Iodo-propanol sulfonate de sodium* *Bitartrate de lysidine* *Gluconate de calcium* Granulé effervescent Une cuillerée à café le matin à jeun	Goutte, Gravelle, Rhumatismes Névralgies rhumatismales, Arthrites Cellulites
THYROXINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Thyroxine synthétique* Solution : 10 à 15 gouttes p. j. Comprimés : 1 à 2 par jour Ampoules 1 cm³ : 1 à 2 intram. p. j.	Toutes les indications de la médication thyroïdienne
TONIQUE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Toni-stimulant complet* Adultes : 2 à 6 c. à c. p. j. Enf. 8 à 15 ans : 1 à 2 c. à c. dans un peu de vin sucré	Toutes les anémies et asthénies


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLEOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

par voie intra-musculaire. Après une amélioration clinique transitoire, les cultures du liquide céphalo-rachidien fournissaient des pneumocoques de plus en plus sulfamido-résistants. Malgré l'ingestion de 4 à 8 grammes de 693, la concentration du liquide céphalo-rachidien ne cessa de baisser. Une aggravation rapide enleva le malade en huit jours.

C'est un véritable phénomène de blocage qui se produisit chez le malade de Germain, Gautron et Morand. Malgré l'ingestion de 8 grammes de 1162 F et l'injection intra-rachidienne de 20 cc. de la solution à 0,85 % de ce dérivé chaque jour, les auteurs assistèrent, du troisième au huitième jour du traitement, à la disparition presque totale du sulfamide du sang et du liquide céphalo-rachidien, cependant que l'élimination urinaire était insuffisante.

Enfin, le rôle nocif de l'introduction sous-arachnoïdienne de la solution à 33 % de 693 est à retenir dans la genèse de certains échecs. Ce rôle fut signalé dans les observations, d'ailleurs curables, de Launay, Passa et Temine qui fut compliquée d'hémorragie méningée, dans celle de Françon et Larrivet où l'injection intra-rachidienne fut suivie d'algies radiculaires et d'incontinence vésicale transitoires, dans celle de Grimaud, Kissel et Roig où se produisirent des troubles sphinctériens et des phénomènes névritiques des membres inférieurs avec une albuminorachie à 16 grammes par litre (1). Mais ces injections sous-arachnoïdiennes de soludagénan influencèrent, de façon plus fâcheuse, l'évolution du malade de Mme Bertrand-Fontaine et Schneider qui devint paraplégique et celle du malade de Guéret qui succomba également après avoir constitué un cloisonnement méningé.

On ne saurait trop souligner les dangers de ces injections intra-rachidiennes de 693 M. B. dont le pH est voisin de 11,4, proscrites formellement depuis 1939 en Amérique où nombre d'auteurs ont recours avec succès, par contre, à l'injection intra-veineuse d'une solution à 5 % du sel de sodium de la sulfapyridine, à raison de 0,10 gramme par kg. la première fois, de 0,03 gramme par kg. pour les injections suivantes, répétées toutes les six heures jusqu'à obtention d'un liquide céphalo-rachidien stérile à deux ponctions successives (Hodes, Gimbel et Burnett).

h) *Influence de la sérothérapie spécifique associée.*

Dans les méningites à pneumocoques, l'efficacité de la sérothérapie spécifique fut mise en doute bien avant l'emploi de la sulfamidothérapie. Le sérum polyvalent fut seul employé en France ; l'usage de sérums monovalents ne s'avéra guère plus brillant en Amérique.

Très rares sont les observations françaises où la sérothérapie antipneumococcique fut utilisée depuis 1938. Boisserie-Lacroix pratiqua des injections intra-rachidiennes de sérum à deux petits malades qui décédèrent malgré un traitement sulfamidé combiné à base de 46 R. P. Dereux injecta d'abord du sérum antiméningococcique polyvalent, puis, dès identification du germe, du sérum antipneumococcique à un enfant de 4 ans, soumis également à la sulfamidothérapie (1162 F par voies buccale, rectale et arachnoïdienne). La guérison ne saurait être mise au profit du sérum. Il en est de même pour celle des malades de Boutin et de Morhange. Ce dernier reçut chaque jour 60 cc. de sérum par voies sous-cutanée et sous-arachnoïdienne, mais il ingéra surtout 40 grammes de 693 M. B. en une semaine ; une rechute au bout d'un mois se produisit et la guérison définitive fut obtenue par la sulfamidothérapie isolée.

Rappelons qu'aux Etats-Unis, l'association de la sérothérapie aux sulfamides permit quelques guérisons à Finland, Brown et Raugh, Hewell et Mitchel, Gray et Adams, Cole et Hurteau, Kreinin, Query, sans que la proportion des succès en fut augmentée par rapport à celle obtenue par la sulfamidothérapie isolée. Bien au contraire, Neal et Appelbaum ne sauvèrent que trois malades d'une série de 17 méningitiques ; ils étaient les seuls à n'avoir point reçu de sérum.

(1) Il semble possible de rapprocher de ces cas les observations de Mordret et d'Aubry qui s'accompagnèrent des mêmes phénomènes nerveux.

Les recherches expérimentales de Gross, Cooper et Lewis sur le traitement de la méningite pneumococcique du rat ont confirmé qu'il y avait peu de bénéfices à retirer de l'association de la sérothérapie à la sulfamidothérapie.

D'autre part, les recherches pratiquées en clinique par R. Martin, Panthier, Nouaille et Mlle Hamond montrèrent que l'injection intra-rachidienne de sérum entrainait une baisse du taux du sulfamide dans le liquide céphalo-rachidien d'une façon durable.

Il ressort donc de cette étude que la sérothérapie spécifique dans la méningite à pneumocoques traitée par les sulfamides n'entraîne aucune amélioration du pronostic et qu'elle peut même être nuisible, à moins d'y associer de fortes injections sous-arachnoïdiennes de sulfamide. Ce discrédit n'est pas absolu et il est regrettable que cette sérothérapie n'ait pas été tentée « en dernière ressource » dans les cas de sulfamido-résistance, assez fréquents au cours de méningite à pneumocoques, en comparaison avec les résultats heureux qu'apportent les injections intra-rachidiennes de sérum antiméningococcique monovalent dans les cas d'infection méningée à méningocoques sulfamido-résistants (1).

*
**

Conduite du traitement
d'une méningite pneumococcique par les sulfamides

Un certain nombre de principes généraux pour la conduite du traitement des méningites pneumococciques par les sulfamides sont à souligner :

1° Il faut *frapper fort*. Plus on frappe fort, plus les chances de succès sont grandes. Les doses d'attaques massives entraînent, comme corollaire, une dose totale moins importante.

2° La gravité de l'infection méningée pneumococcique nécessite de *frapper rapidement* et surtout d'atteindre, dès que possible, une concentration forte en sulfamide dans le liquide céphalo-rachidien. Cette concentration paraît être optima entre 8 et 12 mg. %. Pour l'obtenir dès les premières heures, il est nécessaire d'apporter le sulfamide soit directement dans les espaces sous-arachnoïdiens, soit à hautes doses dans le sang pendant les premiers jours du traitement, jusqu'au moment où la concentration optima soit obtenue par la prise orale du médicament.

3° La nécessité d'obtenir une concentration sulfamidique constante dans le liquide céphalo-rachidien, tandis que l'élimination est relativement rapide, entraîne comme corollaire, une *administration refractée* du médicament.

4° Enfin les produits sulfamidés n'étant pas dénués de toxicité, il est nécessaire de *ne pas continuer la médication trop longtemps*. La consolidation de la guérison devra être assurée par la continuation de la sulfamidothérapie pendant quelques jours après l'obtention d'un liquide céphalo-rachidien stérile, mais les doses devront être ensuite rapidement diminuées. L'un de nous a insisté avec Gernez (2) sur la fréquence, au cours de la sulfamidothérapie des méningites, *d'accident chimiothérapique du neuvième jour*, se traduisant par une onde fébrile, sans rechute méningée, par un rash le plus souvent morbilliforme, une légère hépatalgie et une baisse de la diurèse. Cette réaction de l'organisme peut être prévue par une surveillance régulière de l'élimination urinaire des sulfamides. L'apparition en excès de sulfamides combinés (acétylés) dans les urines,

(1) May, Prunet et Génévrier utilisèrent le sérum polyvalent dans un cas de sulfamido-résistance, mais sans aucun succès ; l'emploi, s'il avait été possible, d'un sérum monovalent aurait peut-être été plus heureux.

(2) Gernez et Huriez. *Presse Médicale*, 8-11 janvier 1941, pp. 25-28 ; *Concours Médical*, 5 janvier 1941, pp. 11-17 ; 12 janvier 1941, pp. 63-65.

l'inversion de ce que Gernez, Paget et Huriez ont appelé le *quotient sulfamidurique* (ce rapport $\frac{\text{sulfamides libres}}{\text{sulfamides combinés}}$ normalement compris entre 2 et 4 peut tomber à 0,8 et même 0,4), ces constatations biologiques permettent d'interrompre à temps une chimiothérapie anormalement prolongée.

Ce sont ces principes généraux, joints aux précautions à prendre au cours de toute sulfamidothérapie, qui vont régler la conduite du traitement que nous pouvons schématiser de la façon suivante :

D'emblée, lors de la ponction lombaire qui met en évidence un liquide trouble, il faut injecter dans les espaces sous-arachnoïdiens du sulfamide en solution neutre (1162 F à 0,85 %). Cette manœuvre, préconisée par de nombreux auteurs dont Tixier, Eck et Grossiard, doit remplacer la classique injection intra-rachidienne de sérum antiméningococcique réalisée en présence de tout liquide céphalo-rachidien trouble. Elle permet l'introduction au niveau du foyer d'infection d'une substance active polyvalente au lieu d'un sérum sans action.

De plus, il faut immédiatement soumettre le malade à une sulfamidothérapie générale massive.

Pour un adulte, la dose d'attaque variera, suivant le poids (0,15 par kg.), entre 8 et 12 grammes par jour durant les premières quarante-huit heures, par administration d'un comprimé toutes les heures le jour, toutes les deux ou trois heures la nuit. Si le coma ou des vomissements s'opposent à l'administration orale, on aura immédiatement recours à des injections intra-musculaires de 693 M. B. à 33 %, à raison d'un gramme (3 cc.) toutes les quatre ou cinq heures.

Les injections sous-arachnoïdiennes de 1162 F à 0,85 % gagneront à être répétées toutes les douze heures durant les deux premiers jours. Ces ponctions fréquentes réaliseront un véritable drainage des espaces sous-arachnoïdiens ; elles permettront une surveillance minutieuse de l'évolution de l'infection méningée et une appréciation exacte de la diffusion des sulfamides. Dès la disparition du coma ou des vomissements, l'administration buccale du médicament suffira à maintenir une concentration optima du L. C. R. en sulfamide (8 à 10 mgrs %).

La prescription de ces doses massives sera prolongée jusqu'à ce que deux ponctions lombaires successives donnent, d'une part, un liquide céphalo-rachidien clair et stérile (examen direct et culture) et, d'autre part, une leucocytose normale ou subnormale. Dès ce moment, les doses de sulfamides ingérées pourront être diminuées progressivement et les injections intra-rachidiennes espacées ou supprimées.

Pour l'enfant, il faut tenir compte du poids du corps et également de l'élimination plus rapide du sulfamide à cet âge. Les doses couramment employées sont de 0,25 à 0,30 grammes par kg. au-dessous de 10 kg., de 0,15 à 0,25 grammes par kg. entre 10 et 30 kg., de 0,10 à 0,15 grammes par kg. au-dessus de ce poids.

Quant aux produits sulfamidés à utiliser, il ressort de la statistique générale qu'il parait préférable d'employer, dans le traitement des méningites à pneumocoques, la sulfamido-pyridine pour les ingestions et les injections intramusculaires et la sulfanilamide à 0,85 % pour les injections intra-rachidiennes.

Comme dans tout traitement sulfamidé, il est nécessaire d'associer l'administration de grosses doses de liquides, soit en injections sous-cutanées, soit en ingestion. Dans ce dernier cas, il faudra alcaliniser les boissons afin de lutter contre l'acidité des urines qui favorise la cristallisation de la forme acétylée de la sulfamido-pyridine, génératrice d'hématuries. Il faudra également soumettre les malades à une alimentation réduite et exempte de substances demandant au foie un surcroit de travail, proscrire l'administration de sulfates et de toute substance thérapeutique d'ordre chimique, enfin aider les fonctions hépatiques, même avant l'apparition des réactions d'intolérance par la prescription, d'extraits hépatiques et de solutions glucosées.

Dans le cas de méningite pneumococcique d'origine auriculaire, le problème de l'intervention chirurgicale paraît devoir être résolu de la façon suivante (Ombrédanne) :

1) Devant une méningite aiguë compliquant d'emblée soit une oto-mastoïdite aiguë, soit une otite chronique réchauffée, il faut faire une exérèse très large pour supprimer le foyer septique en évolution.

2) Devant une méningite survenant 15 ou 20 jours après une intervention sur une ou les deux mastoïdes, il faut réintervenir s'il y a des signes locaux de lésions osseuses en évolution. Mais si l'état local est satisfaisant, il n'est plus indispensable de faire un évidement pétro-mastoïdien qui compromet plus ou moins l'audition. Moulonguet abonde d'ailleurs dans ce sens en écrivant que, grâce à la sulfamidothérapie, « on peut édulcorer » les conclusions thérapeutiques du XLVIIIe Congrès d'O. R. L. de 1935.

Les sulfamides ont donc transformé le pronostic — quasi-fatal jusqu'en 1936 — de la méningite à pneumocoques. La mortalité demeure encore de l'ordre de 40 % des cas publiés. Elle commande donc une stricte application des principes de la sulfamidothérapie (frapper vite, fort et brièvement), si l'on veut améliorer encore le pourcentage d'issues favorables.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Allen W.-A., Mayer S.-Jr. et Williams R. — Méningite à pneumocoque ; guérison. Relation de trois cas (*Am. J. Med. Sc.*, 1938, t. 196, p. 99).

Allman Ch. — Meningitis due to pneumococcus III (*Arch. of Oto-rhino-laryng.* Chicago, 1937, t. 25, pp. 653-656).

Appelbaum. — Sulfanilamide and related compounds in the treatment of meningitis secondary to ear and sinus infections (*The Laryngoscope*, 1938, t. 48, pp. 482-497).

Aubry. — (*Ann. d'Oto-Laryng.*, 1940, p. 79.)

Barnett H.-L., Hartmann A.-F., Perley A.-M. et Ruhoff M.-B. — The treatment of pneumococcic infections in infants and children with sulfapyridine (*J. A. M. A.*, 1939, t. 112, p. 518).

Bénard H., Merklen F.-P. et Péquignot H. — Septicémie pneumococcique mortelle avec irido-choroïdite métastatique, endocardite tricuspidienne latente et méningite terminale ; essai de traitement par l'α-paraaminophénylsulfamido-pyridine à très fortes doses, déglobulisation massive consécutive (*B. S. M. H. P.*, 1939, pp. 336-339).

Bertrand-Fontaine (Mme) et Schneider J. — Méningite à pneumocoques traitée par le 693. Mort après sept semaines d'évolution (*B. S. M. H. P.*, 1939, pp. 932-944).

Bolzinger R. — Un cas de méningite aiguë à pneumocoques traitée par le 693 *per os* (*Bull. Mens. Soc. Méd. Milit. Franç.*, 1939, t. 33, pp. 166-173).

Bourgeois R. — Discussion de la communication de Moulonguet et Lemoyne (*Ann. d'Oto-Laryng.*, 1939, p. 499).

Boutin L. — Méningite otitique à pneumocoques. Echec des sulfamides *per os* et intra-musculaires. Guérison après injection intra-rachidienne (*Ann. d'Oto-Laryng.*, 1939, pp. 67-68).

Cable. — Méningite pneumococcique. Revue de 39 cas mortels et relation d'une guérison après administration de « M et B » soluble (*The Lancet*, 1939, t. 237, pp. 73-74).

Caldwell J.-R. et Byrne P.-S. — Recovery from pneumococcal meningitis (*Brit. Med J.*, 1937, I, p. 1204).

Canuyt. — Méningite aiguë septique à pneumocoques d'origine otogène chez une ancienne traumatisée du crâne et trépanée. Guérison par l'intervention chirurgicale et la sulfamidopyridine 693 (Dagénan) (*Ann. d'Oto-Laryng.*, 1939, pp. 662-664).

Carlet. — (*Ann. d'Oto-Laryng.*, 1939, p. 499).

Caroli. — Méningite à pneumocoques guérie par la sulfapyridine (*Réunion Méd.-Chir. de la IIe Armée*, 25 janvier 1940).

Caussade, Neiman, Thomas et Kyriacopoulos. — Méningite suppurée à pneumocoques, guérie par la sulfamidothérapie (*Revue Med. de Nancy*, 1939, t. 67, pp. 153-159).

Cavenagh J.-B. — Pneumococcal meningitis of middle ear origin; case of recovery (*J. Laryng. and Otol.*, 1939, t. 54, pp. 622-626).

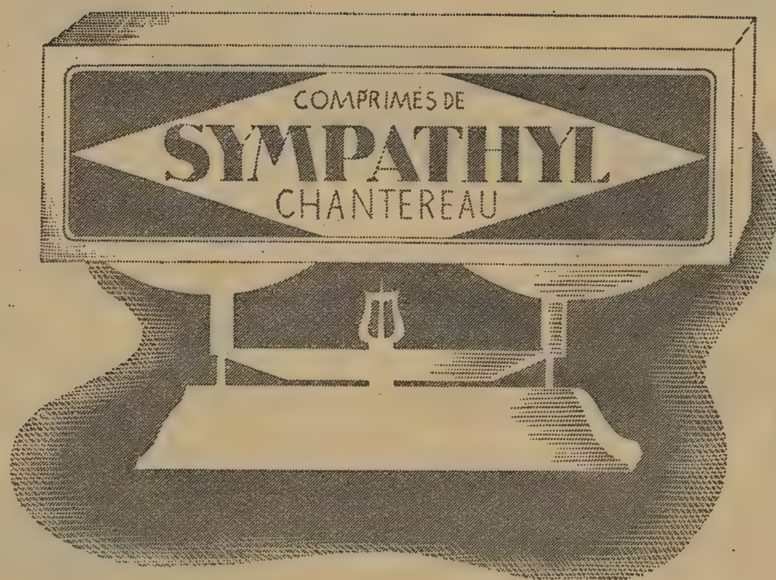
Célice J. et Soalhat J. — Méningite à pneumocoques et traitement par les sulfamides (*B. S. M. H. P.*, 1939, pp. 921-923).

Chiray M., Maschas H. et Rouault de la Vigne A. — Deux cas de méningite à pneumocoques graves guéris par la sulfamidothérapie en dehors de la voie rachidienne (*B. S. M. H. P.*, 1940, pp. 291-295).

Clément R. — Discussion de la communication de MM. Rathery, Bolzinger et P. Decourt (*B. S. M. H. P.*, 1940, p. 553).

(1) Il est habituel d'utiliser les abréviations suivantes :
B. S. M. H. P. : Bulletins et Mémoires de la Société Médiscale des Hôpitaux de Paris.
J. A. M. A. : Journal of American Medical Association.


G
STELVIA
B


COMPRIMÉS DE
SYMPATHYL
CHANTEREAU

Cole L.-D. et Hurteau E.-F. — Pneumococcal meningitis treated with sulfapyridine and specific serum (case report) (*West Virginia M. J.*, 1939, t. 35, pp. 429-431).

Court P. — Pneumococcal meningitis refractory to M. and B. 693 (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 1939, t. 32, pp. 1206-1208).

Cunningham A.-A. — Pneumococcal meningitis treated with sulfanilamide and M. and B. 693 (*The Lancet*, 1938, 12 nov., pp. 1114-1115).

Cutts, Gregory et West. — Méningite pneumococcique traitée avec succès par la sulfapyridine (*J. A. M. A.*, 1939, t. 112, p. 1456-1457).

Damez et Rattier. — Un cas de méningite à pneumocoques chez un enfant de 7 mois, guéri par le traitement sulfamidé (*Bull. Mém. Soc., Méd. Hôp. Lyon*, 18 avril 1939).

Delbonardi. — Méningite aiguë primitive à pneumocoques type 14 cliniqument primitive (*Il Policlinico* (Sez. prat.), 1939, t. 46, p. 1747).

Demole et Russbach. — Méningo-néphrite à pneumocoques traitée par le dagénan (*Soc. Méd. de Genève*, 19 janv. 1939).

Denoyelle. — Méningite aiguë primitive à pneumocoques. Guérison rapide par les sulfamides (*B. S. M. H. P.*, 1940, pp. 74-76).

Dereux J. — Méningite à pneumocoques. Traitement par la p-aminophénylsulfamide. Guérison (*B. S. M. H. P.*, 1939, p. 155-158).

Devernois. — Pronostic et traitement des méningites septiques otogènes par le para-aminophénylsulfamide (1162 F) (*Thèse de Paris*, 1938).

Dowds. — Méningite pneumococcique développée au cours d'un traitement par le M. et B. 693 (*The Lancet*, 1939, t. 236, pp. 1436-1437).

Dunlop H. et Laurie J. — Méningite pneumococcique traitée par sulfapyridine (*The Lancet*, 1939, t. 236, p. 1437).

Evrard E. et Aragard A. — Méningite à pneumocoques guérie par la sulfamidothérapie (*J. belge de Neurol. et de Psych.*, 1939, t. 39, pp. 622-629 ; *Liége Médical*, 1939, t. 32, pp. 741-749).

Finland M., Brow J.-W. et Rauch A.-E. — Treatment of pneumococcic meningitis ; study of 10 cases treated with sulfanilamide alone or in various combinations with specific anti pneumococcic serum and complement, including 6 recoveries (*New-England J. Med*, 1938, t. 218, pp. 1033-1044).

Françon et Larrivé. — Méningite à pneumocoques guérie par le sulfanilamide (*J. de Méd. de Lyon*, 1940, t. 21, p. 206).

Francotte et Lafaille. — Méningite primitive à pneumocoques chez un nourrisson (*Le Scalpel*, 1939, t. 92, p. 1590).

Garfin S.-W. — Meningitis (otitic) due to type III pneumococcus. Operation, sulfanilamide and intraspinal injection of patient's own serum ; recovery (*The Laryngoscope*, 1938, t. 48, pp. 793-801).

Germain et Gautron G. — Méningite à pneumocoques guérie par la p-amino-phénylsulfamide (*B. S. M. H. P.*, 1939, pp. 1344-1346).

Germain et Gautron. — Méningite à pneumocoques guérie par la para-amino-phénylsufamide (*Paris Méd.*, 1940, t. 30, p. 127).

Germain, Gautron et Morand. — Phénomène de blocage de la sulfamide au cours du traitement d'une méningite à pneumocoques (*B. S. M. H. P.*, 1940, pp. 167-173).

Gessler et Lipper. — Le 1162 F dans les méningites non méningococciques (*Le Scalpel*, 1939, p. 556).

Gray R. C. et Adams B. — Treatment of pneumococcic meningitis with sulfanilamide and specific serum ; report of case with agranulocytosis and recovery (*Minnesota Med.*, 1939, t. 22, pp. 369-373).

Grimaud, Kissel et Roig. — Méningite otogène guérie par les sulfamides. Complications nerveuses de la sulfamidothérapie (*Soc. de Laryng. des Hôp. Paris*, 19 juin 1939).

Gross P., Cooper F.-B. et Lewis M. — La chimiothérapie de la méningite à pneumocoques type II (*Am. J. of. Med.. Sc.*, 1939, t. 197, pp. 609-617).

Gross, Cooper et Lewis. — Thérapie de la méningite expérimentale à pneumocoques type I chez le rat ; résultats comparés obtenus suivant les méthodes suivantes : sulfanilamide, sérum, thérapie associée (*Am. J. Med. Sc.*, 1939, t. 198, p. 66).

Gross, Cooper et Lewis. — Repair experimental pneumococcic meningitis ; histopathological study of residual lesions in rats (*Am. J. Path.* 1939, t. 15, pp. 193-198).

Gubnes J. — Recovery of a patient with type III pneumococcus meningitis of otolic origin (*Arch. of Otol.*, 1938, t. 28, pp. 241-251).

Guéret A. — Le traitement des pneumococcies par l'α (para-aminobenzène sulfamido) pyridine (*Thèse de Paris*, 1939, n° 632).

Haley P.-A. Jr. — Pneumococcus meningitis. Sulfapyridine therapy, recovery (case report) (*West Virg. M. J.*, 1939, t. 35, pp. 428-429).

Hewell B. et Mitchell A. — Traitement de la méningite pneumococcique par la sulfanilamide ; revue de la littérature, suivie de 6 cas nouveaux (*J. A. M. A.*, 1939, t. 112, pp. 1033-1037).

Hitchison. — Méningite pneumococcique compliquant l'empyème pneumococcique, traitée sans succès par le « M. et B. 693 » (*The Lancet*, 1939, t. 236, p. 1436).

Hodes H.-L., Gimbel H.-S. et Burnett G.-W. — Traitement de la méningite pneumococcique par la sulfapyridine et le sel de sodium de la sulfapyridine (*J. A. M. A.*, 1939, t. 113, pp. 1614-1619).

Holmes. — Méningite pneumococcique traitée par la sulfapyridine (*Brit. Med. J.*, 1939, pp. 995-996, n° 4115).

Huber J., Lièvre J.-A. et Payet M. — Septicémie à pneumocoques avec endocardite probable et méningite ; action partielle de la sulfamidothérapie ; évolution prolongée mortelle (*B. S. M. H. P.*, 1939, pp. 181-184).

Hubert C. — 4 cas de méningites post-otitiques (3 à streptocoques hémolytiques, 1 à pneumococcus mucosus) traités par le sulfamide (1162 F). Présentation des 4 malades guéris (*Revue de Laryng.*, 1938, t. 59, pp. 365-385 ; *Oto-Rhino-Loryngolog. Internat.*, 1938, t. 22, pp. 324-346).

Hubert C. — Traitement des méningites post-otitiques à streptocoques et à « pneumococcus mucosus » par la para-aminophényl sulfamide (1162 F) (*Presse Méd.*, 1938, pp. 771-774).

Hubert C. et Pertus. — Un cas de méningite post-otitique à pneumocoques, amélioré mais non guéri par le traitement sulfamidé (*Revue de Laryng.*, 1939, t. 60, pp. 80-82 ; *Oto-Rhino-Laryng. Internat.*, 1939, t. 23, pp. 67-69).

Hubert C., Lefranc et Pertus. — Un cas de méningite post-otitique à pneumocoques, amélioré mais non guéri par le traitement sulfamidé (*Oto-Rhino-Laryng. Internat.* 1939, t. 23, pp. 64-66).

Hutchison et Herman M. — Case of pneumococcal meningitis *Canada M. A. J.*, 1939, t. 41, p. 288).

Jongh (de) C.-L. — Prontosil in therapy of pneumococcic meningitis (*Nederl. Tijd. v. Gen.*, 1938, t. 82, pp. 3852-3855).

Klemperer W.-W. — Another recovery from pneumococcal meningitis (*Canadian M. A. J.*, 1939, t. 41, pp. 585-586).

Kolmer J.-A. — Sulfanilamide in treatment of experimental streptococcic and pneumococcic meningitis (*Arch. of. Oto-Laryng.*, 1938, t. 27, pp. 519-534).

Kopetzky S.-J. — The management and treatment of otogenic meningitis (*Ann. of. Otology*, 1938, t. 47, pp. 117-134).

Kreinin S. — Pneumococcic meningitis with recovery ; combined use of serum and sulfanilamide (*Arch. of Oto-Laryng.*, 1939, t. 29, pp. 371-377).

Landon. — Méningite pneumococcique traitée par le « prontosil » soluble (*Brit. M. J.*, 1938, n° 4032, p. 844).

Latto. — Méningite à pneumocoques traitée par le prontosil (*Brit. M. J.*, 1938, n° 4027, p. 566).

Launay, Passa J. et Termine P. — Méningite à pneumocoques, guérie par les sulfamides, troisième méningite en sept ans (*B. S. M. H. P.*, 1940, pp. 89-93).

Lefèvre de Arric. — Valeur des produits sulfamidés dans le traitement des méningites (*Ls Scalpel*, 1939, t. 92, p. 1009).

Lisansky E.-T. et Pembroke R.-H. Jr. — Treatment of pneumococcus meningitis (type XV) with para-aminophénylsulfonamide (report of case with recovery) (*Ann. Int. Med.*, 1939, t. 13, pp. 544-545).

Lockie J.-M. — Pneumococcal meningitis. Recovery following treatment with prontosil soluble (*J. Roy. Army Med. Corps*, 1939, t. 72, pp. 334-335).

Mac Alpine et Thomas. — Méningite pneumococcique traitée par « M. B. 693 » (*The Lancet*, 1939, n° 6031, pp. 754-756).

Mac Keith. — Méningite pneumococcique ; relation de 5 cas consécutifs traités par « M. B. 693 » (*The Lancet*, 1939, t. 236, p. 1099).

Mac Keith et Oppenheimer G. — Pneumococcal meningitis; report of 5 consecutive cases treated with sulfanilamide sulfapyridine (M. B. 693) (*Lancet*, 1939, t. 236, pp. 1099-1100).

Magruder R.-G. et Nichols D.-O. — Report of case of type III pneumoccoccus meningitis with recovery in which sulfanilamide was used (*Virginia M. Monthly*, 1938, t. 65, pp. 759-760).

Major W. — La sulfanilamide dans le traitement des méningites à pneumocoques et à méningocoques chez l'enfant (*Ann. Méd. Chir. de l'Hôpital Sainte-Justine* (Montréal), 1939, t. 3 pp. 192-193).

Marquézy R.-A. — Discussion de la communication de Mme Bertrand-Fontaine et Schneider (*B. S. M. H. P.*, 1939, pp. 932-944).

Martin R. — Discussion de la communication de Tixier, Eck et Grossiard (*Bull. Soc. de Pédiatrie*, 1938, t. 36, p. 122).

Martin R. — Conduite du traitement des méningites purulentes par le para-aminophénylsulfamide (*Paris Méd.*, 1938, t. 28, p. 347).

Martin R., Pantier, Nouaille et Mlle Hamond. — Discussion sur l'intérêt des injections de sulfamide par voie rachidienne dans le traitement des méningites purulentes (*Presse Méd.*, 1940, pp. 101-103).

May. — Cas mortel de méningite pneumococcique traitée par « M. et B 693 » (*Lancet*, 1939, t. 236, pp. 110-1101).

May Et., Prunet E., Delauney P. et Génévrier R. — Méningite à pneumocoques avec évolution mortelle retardée après traitement sulfamidé (*B. S. M. H. P.*, 1940, pp. 159-163).
Mertins P.-S. et Mertins P.-S. Jr. — Meningitis due to type IV pneumococcus with recovery ; report of case (*Arch. Oto-Laryng.*, 1937, t. 25, pp. 657-660).
Millet. — Emploi intrathécal du prontosil soluble. Relation d'un cas de méningite à pneumocoques type III, avec septicémie traitée par le prontosil ; rapport complet de l'autopsie (*J. A. M. A.*, 1937, t. 109, p. 2139).
Monod R. et Boudin G. — Action du traitement sulfamidé sur l'évolution de 4 cas de méningites traumatiques (*Acad. de Chir.*, 1940, séance du 23 oct.).
Mordret. — (*Ann. d'Oto-Laryng.*, 1940, p. 78).
Morhange J. — Méningite à pneumocoques III traitée par sulfapyridine et sérum. Guérison après rechute (*Ann. d'Oto-Laryng.*, 1939, pp. 480-483).
Moulonguet et Lemoyne J. — Un cas de méningite purulente à pneumocoques traitée et guérie par la sulfamido-pyridine ou 693 (*Soc. de Laryng. des Hôp. Paris*, 20 février 1939).
Neal J.-B. et Appelbaum E. — Expérience with sulfanilamide in meningitis (*Am. J. Med. Sc.*, 1938, t. 195, pp. 175-182).
Neal, Jackson et Appelbaum. — A. summary report of methode used in treating meningitis secondary to infections of the ears and sinuses (*The Laryngoscope*, 1937, t. 47, pp. 317-322).
Osgood. — Culture de moelle humaine. Etude comparative de l'influence de la sulfanilamide et du sérum anti-pneumococcique sur l'infection pneumococcique expérimentale (*Arch. of Intern. Med.*, 1938, t. 62, p. 181).
Patton P.-B., Tittle C.-R. et Wynne H.-K. — Case report pneumococcus meningitis with recovery (*Internat. Clin.* 1939, t. 3, pp. 855-857).
Quéry. — Méningite à pneumocoques type VII traitée par la sulfanilamide et sérothérapie spécifique ; guérison (*J. A. M. A.*, 1938, t. III, p. 1373).
Raman. — Méningite pneumococcique traitée par « M. et B. 693 » (*Lancet*, 1939, t. 236, pp. 1101-1102).
Reid G.-C.-K. et Dyke S.-C. — Pneumococcal meningitis treated witl sulfanilamide and 693 (*Lancet*, 1938, n° 6002, pp. 619-120).
Ribadeau-Dumas, Walter et Mme Nordman. — L'emploi des sulfamides dans les maladies infectieuses du nourrisson (*B. S. M. H. P.*, 1940, séance du 19 avril).
Robertson. — Méningite pneumococcique traitée par le sulfapyrine (*Brit. Med. J.*, 1939, n° 4115, p. 995).
Robertson K. — Case of pneumococcal meningitis treated with M and B 693 (*Lancet*, 1938, t. 230, p. 728).
Robinson H.-E. — Succesful treatment of pneumococcal meningitis with « soluseptasine » and « M. B. 693 ») (*M. J. Australia*, 1939, t. I, pp. 433-434).
Robinson G.-B. — M. and B. 693 in pneumococcal meningitis (*Brit. Med. J.*, 1939, p. 944).
Sadusk J.-F.-Jr. — Observations of sulfanilamide therapy in pneumonia and meningitis due to type III pneumococcic (*New-England J. Med.*, 1938, t. 219, pp. 787-790).
Schaefer. — Traitement de la méningite par l' « uliron » (*Deutsch. Med. Woch*, 1939, t. 65, p. 165).
Silverman D. et Thorner M. — Treatment of meningitis due to pneumococcus type III with sulfanilamide ; recovery (*Arch. of Oto-Laryng.*, 1939, t. 30, pp. 431-436).
Stein J.-L. et Steiner M.-M. — Meningitis caused by pneumococcus type III ; observations on sulfanilamide threrapy (*Am. J. Dis. Child.*, 1939, t. 58, pp. 274-281).
Terry et Béard. — Guérison d'une méningite pneumococcique type 14 par sulfapyridine, confirmée par autopsie ; relation d'un cas (*Am. J. Med. Sc.*, 1940, t. 199, p. 63).
Tixier L. — Le traitement des méningites aiguës par le sulfamide (*Arch. de Méd. des Enfants*, 1938, p. 609).
Tixier L., Eck M., et Grossiard A. — Méningite cérébro-spinale à pneumocoques I guérie par le sulfamide (voie buccale) (*Bull. Soc. Pédiat. Paris*, 1938, t. 36, pp. 118-124 et *Thèse de Brasseur*, Paris, 1938).
Tooney J.-A. et Roach F.-E. — Pneumococcus meningitis (*Ohio State M. J.*, 1939, t. 35, pp. 841-847).
Wautelet. — Sur une forme foudroyante de méningite à pneumocoques (*Scalpel*, 1939, t. 92, p. 442).
Welch S.-H. et Martin H.-F. — Pneumococcus (type III) meningitis with recovery (*J. Pediatr.* 1939, t. 15, pp. 563-571).
Young F. — Pneumococcal meningitis treated with sulphanilamide (*Brit. Med. J.*, 1938, t. II, pp. 286-287).
Yule A.-P. — Pneumococcal meningitis following mastoïdectomy treated with M. and B. 693 ; recovery (*Brit. Med. J.*, 1939, t. 1, pp. 872-873).

Néo-hippocratisme et homœopathie, par le Dr Léon Vannier. Un volume in-16 de 90 pages. Prix : 25 francs, chez Doin et Cie, à Paris, 1938.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 28 janvier 1941

Commission du Rationnement. Le personnel médical devant les restrictions alimentaires. — M. Rathery lit un rapport très écouté et propose les vœux suivants :

Parmi le personnel médical, celui qui reste en contact direct avec les malades doit recevoir la carte T.

Tous les internes en exercice ou faisant fonction doivent recevoir la double ration de viande et graisse. Les internes de garde doivent recevoir, le jour de leur garde, un en-cas supplémentaire.

Tous les externes en exercice doivent, à leur arrivée à l'hôpital, recevoir un casse-croûte composé d'un bol de lait et d'une ration de pain et de fromage.

Il y aura lieu d'envisager, à titre temporaire tout au moins, la création de cantines qui leur seraient réservées et leur permettraient de déjeuner à l'hôpital.

Le personnel infirmier, en contact avec les malades, doit recevoir une ration double de viande et de graisse et un casse-croûte le matin à l'arrivée.

Les mêmes mesures doivent concerner les maisons de santé soignant les malades contagieux, notamment les sanatoria et les infirmières de ville appelées à soigner les contagieux.

En cas d'épidémie ces mesures seraient étendues.

Les mesures de contrôle seront assurées par le directeur de l'établissement et les médecins traitants.

Enfin, le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins est chargé de la surveillance, en ce qui concerne les abus.

Des mesures spéciales seront prises pour tout le personnel maniant les rayons X d'une façon continue : un demi-litre de lait, casse-croûte, double ration de viande et de graisse, carte de travailleurs.

Ces vœux sont adoptés à l'unanimité.

A propos des substances adjuvantes et stimulantes de l'immunité et de leurs applications. — M. G. Ramon.

Un nouveau chapitre d'immunologie était ouvert il y a quinze ans : celui des substances adjuvantes et stimulantes de l'immunité qui, injectées en mélange avec l'antigène-vaccin spécifique, permettent d'accroître, dans des proportions plus ou moins considérables, l'immunité que ce dernier est capable d'engendrer.

Au tapioca qui, en premier lieu, avait été choisi après de nombreuses expériences pour accroître, chez le cheval, l'immunité antitoxique sont venus s'ajouter le chlorure de calcium, les corps gras, la gélose, etc., et tout dernièrement le tannin.

Le principe de l'addition de substances variées à l'antigène dans le but d'accroître l'immunité qu'il provoque a été appliqué en premier ressort à l'immunisation des chevaux producteurs de sérums antitoxiques. On a pu obtenir ainsi, et grâce également à l'emploi des anatoxines, des sérums antidiphtériques et antitétaniques de valeur antitoxique très élevée, inconnue jusqu'alors, et cela en un temps record. Ces sérums permettent de réaliser dans des conditions les plus commodes et les plus favorables, le traitement spécifique de la diphtérie et du tétanos. En outre, le sérum antitétanique de haut pouvoir antitoxique a conduit à une nouvelle préparation : la « solution d'antitoxine tétanique » qui dans la prévention du tétanos diminue très notablement les risques d'accidents sériques si elle ne les fait pas disparaître totalement.

L'emploi des substances adjuvantes de l'immunité a encore abouti au perfectionnement des méthodes de vaccination contre le charbon et contre le rouget.

Toujours sur le même principe des facteurs d'accroissement de l'immunité, a été également basée la préparation des « vaccins associés » dans la composition desquels entrent, par exemple, une ou plusieurs anatoxines et un vaccin microbien tel que le vaccin antityphoparatyphoïdique qui dans ce cas, joue à la fois le rôle d'antigène spécifique et celui de substance stimulante à l'égard de l'immunité provoquée par les anatoxines. Les vaccinations associées de diverses formules sont obligatoires dans l'armée française (depuis 1936), chez l'enfant (depuis novembre 1940). Elles sont systématiquement pratiquées dans certaines armées étrangères. Les très nombreux renseignements acquis, à l'heure actuelle, à l'occasion d'une pratique s'étendant à des millions d'individus confirment la méthode des vaccinations associées dans son efficacité et dans son innocuité et autorisent à la considérer, sans contredit, comme la méthode de choix pour réaliser la prophylaxie simultanée, individuelle et collective, de plusieurs maladies infectieuses parmi les plus redoutables.

Tel est, à ce jour, le bilan sommairement dressé, et pour le principal, des acquisitions dues aux substances adjuvantes et stimulantes de l'immunité.

Ce bilan est pour une grande part français.

La gale à l'hôpital Saint-Louis en 1940. — M. Gougerot présente au nom de M. Maurice Pignot une statistique qui montre l'accroissement énorme de la gale. En 1938, on notait 6.194 cas.

En 1939 : 7.914 cas ; en 1940 : 24.664 cas. L'exode a marqué le maximum de ces cas qui heureusement depuis quelques semaines sont moins fréquents.

Saccharine et dulcine, édulcorants succédanés du saccharose. — MM. Kling, Bovet et Mme Ruiz préconisent la substitution au saccharose du glucose sacchariné de valeurs alimentaire et sucrante égales à celles du saccharose. L'un des auteurs a mis au point le traitement de marrons d'Inde qui permet d'extraire une très belle fécule fournissant par saccharification un glucose alimentaire.

Election d'un membre libre. — M. Serge Gas, directeur général de l'Assistance Publique est élu par 42 voix sur 80 votants. M. Urbain a obtenu 29 voix, M. Godlewski 7.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 janvier 1941

Activité érythrophagique dans les formes anémiques de la lymphogranulomatose maligne. — MM. Georges Marchal, D. Mahoudeau, Le Loc'h et Mlle C. Brun.

Les auteurs ont constaté 10 cas d'anémie intense et spontanée sur 40 observations de maladie de Hodgkin ; ils insistent sur le substratum tissulaire de ces formes anémiques. Les anomalies vasculaires fréquentes, déterminent des lésions congestives et hémorragiques qui suscitent une macrophagie importante dans la rate, dans le foie, les poumons et les ganglions. Il se produit ainsi, dans les territoires lésés du système réticulo-endothélial, une sorte de balancement entre l'aptitude érythrophagique et l'édification des cellules de Sternberg.

L'anémie hodgkinienne est généralement masquée. Lorsqu'elle se dévoile, elle traduit un accroissement de la destruction globulaire qui entraîne un excès de bilirubinémie indirecte et parfois un ictère hémolytique terminal.

Intervention de la moelle osseuse dans la lymphogranulomatose maligne. — MM. Georges Marchal, L. Mallet, L. Fressinaud et Mlle C. Brun.

Les auteurs confrontent les renseignements discordants donnés par les myélogrammes et par les coupes histologiques de la moelle. Le myélogramme, très variable d'un cas à l'autre, est rarement significatif. Au cours de la maladie de Hodgkin, c'est l'hyperplasie de la moelle qui compense les destructions globulaires opérées par la rate. Cette lutte trouve son expression hématologique dans l'instabilité des formules sanguines et dans les variations capricieuses des réticulocytes. La moelle participe tardivement aux lésions granulomateuses, mais son intervention est décisive. La sclérose et la macrophagie en détruisent les éléments nobles, donnant lieu à une anémo-alencie hémorragique terminale.

Lymphogranulomatose maligne avec anémie et ictère hémolytique et hépatique terminal. Dégénérescence amyloïde diffuse à prédominance hépatique. — MM. Noël Fiessinger, Michel Gaultier et Michel Lamotte. — Observation d'une granulomatose maligne accompagnée d'une anémie profonde avec un ictère hémolytique et hépatique. Le foie était très augmenté de volume ; une biopsie montra qu'il était atteint d'une dégénérescence amyloïde massive. L'autopsie confirma l'association de maladie de Hodgkin et de dégénérescence amyloïde. Les auteurs posent le problème de l'aggravation possible d'un ictère hémolytique par l'intervention du facteur hépatique sous l'effet de dégénérescence hépatique qui avait fait presque entièrement disparaître les éléments nobles du parenchyme.

Intolérance aux sels d'or. Accidents méningés, cutanéo-muqueux, sanguins et rénaux. Guérison. — MM. L. Boidin et A. de Lignières. — Cas d'intolérance aux sels d'or dans lequel tous les accidents que ceux-ci peuvent occasionner se sont trouvés rassemblés : fièvre élevée, érythème sérique puis scarlatiniforme, purpura cutané et grosses phlyctènes hémorragiques pharyngées, albuminurie importante avec azotémie à 3 grammes, modifications sanguines consistant en troubles de la coagulation, anémie, leucopénie et hypogranulocytose. La malade a présenté, en outre, une atteinte méningée sévère. C'est à l'occasion d'un rhumatisme infectieux tenace, consécutif à une mélitococcie, que l'aurothérapie fut tentée. Ces accidents apparurent le soir de la troisième injection.

La guérison fut totale. Le rhumatisme céda à la suite de ce choc sévère.

Enorme abcès amibien du foie. Exploration aérolipiodolée. — MM. Noël Fiessinger, Michel Gaultier et Michel Lamotte. — Observation d'un abcès du foie amibien dont les films radiographiques permettaient d'affirmer le volume considérable. Le traitement émétinien associé à une ponction évacuatrice de 1.150 cm³ entraîna la régression progressive de cet abcès en même temps que des signes fonctionnels et généraux disparaissaient et que tout permettait d'affirmer la guérison. Le film radiographique est particulièrement instructif au sujet du mode de guérison.

Un nouveau cas de rhumatisme chronique à forme disloquante consécutif au rhumatisme articulaire aigu. — MM. L. Boidin et P. Droguet. — Nouveau cas de rhumatisme chronique à forme disloquante consécutif au rhumatisme articulaire aigu.

Les déformations prononcées au niveau des mains et des pieds s'accompagnent d'une extrême laxité des articulations dont l'attitude vicieuse est aisément réduite. Les déformations s'installent au cours de crises de rhumatisme articulaire aigu et n'entraînent qu'une gêne fonctionnelle modérée.

Les auteurs conservent à cette affection le nom de rhumatisme chronique, mais il s'agit d'une dislocation articulaire par hyperlaxité ligamentaire, sans lésion osseuse.

Poliomyélite antérieure aiguë avec paralysie respiratoire guérie après séjour dans le « poumon d'acier ». Etude pathogénique des complications pulmonaires observées. — MM. Noël Fiessinger, J. Fauvet et J. Nick.

Malade de 18 ans, présentant une poliomyélite à forme cervico-brachiale. Rapidement une paralysie des muscles respiratoires s'accompagnant de cyanose, fit prévoir une asphyxie imminente. L'emploi du poumon d'acier pendant quelques jours permit de rétablir une oxygénation normale et d'attendre la régression des paralysies. Au bout de trois semaines on peut parler de restitutio ad integrum. Au cours de cette évolution sont apparues des complications pulmonaires qui ont duré après la guérison de la paralysie phrénique et ont semblé améliorées par l'atropine.

Deux cas d'artérite oblitérante des membres inférieurs, consécutive à une plaie de la jambe compliquée de phlébite. — MM. P. Brodin et A. Aubin.

Anémie benzolique mortelle. Inefficacité des thérapeutiques classiques. Etude de l'action hémopoiétique de la colchicine. — MM. Nicaud-Tanret et Toulet.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 22 janvier 1941. — 1° Jury : MM. Baudouin, Mathieu, Cadenat, Delay. — M. Costa. Les paraplégies des scoliotiques. — M. Vincent. Traitement des cals vicieux du cou-de-pied consécutifs aux fractures bimalléolaires compliquées de luxation du pied en arrière. — M. Le Naour. Bloc vertébral spina bifida occulta et enuresie post-traumatique (A propos d'une observation). — Mlle Lang. Tumeur masculinisante de l'ovaire.

2° Jury : MM. Couvelaire, Troisier, Mondor, Cathala. — M. Rousset. Hémorragies utérines et fibrome utérin. Quelques considérations pathologiques et thérapeutiques. — M. Champeau. Les accidents du Pal. — M. Boulenger. Réticulose histiocytaire aiguë à évolution maligne.

Jeudi 23 janvier 1941. — 1° Jury : MM. Pierre Duval, Tanon, Gougerot, Basset. — M. Lascaux. L'enchevillement des fractures récentes de la diaphyse fémorale. — M. Colombel. Considérations sur l'histaminothérapie des algies. — M. Pons. La gale féline chez l'homme.

2° Jury : MM. Rathery, Lereboullet, Laignel-Lavastine. — M. Tricot. La réaction xanto-protéique chez les néphrétiques. — Mlle Maugenest-Cuvier. Contribution à l'étude hématologique de la coqueluche. — Mlle Owsianik. De la conception de l'aliéné. Déductions thérapeutiques.

Mercredi 29 janvier 1941. — Jury : MM. Binet, Mondor, Aubertin, Lelong. — M. Lacorne. Asthme et tuberculose. Essais de tuberculinothérapie dans l'asthme. — M. Livory. La résection recto-sigmoïdienne avec intubation colo-rectale. — M. Horeau. Les complications nerveuses de la dermatite exfoliative généralisée subaiguë. — Mlle Lamotte-Barrillon. Polycorie glycogénique et hormone hypophysaire glycogénotrope.

Jeudi 30 janvier 1941. — Jury : MM. Lereboullet, Lenormant, Mocquot, Justin-Besançon. — M. Bruyneel. Contribution à l'étude des récidives hydatiques post-opératoires. — M. Lesieur. Hématomes périrénaux non traumatiques. — M. Bergeron. Le pansement plâtré dans les plaies de guerre. — M. Inbona. Etude clinique des avitaminoses nicotiniques.

Vendredi 31 janvier 1941. — Jury : MM. Lemierre, Mathieu, Troisier, Vallery-Radot. — M. Lapierre. Du traitement de l'hypertension artérielle. — M. Elbaz. Contribution au traitement des plaies des nerfs non suturées. — M. Welti. Modifications circulatoires observées au cours du choc anaphylactique expérimental. — Mme Dufresne. A propos de deux cas récents de charbon humain. — Mme Germain. Contribution à l'étude de la silicose. Son dépistage précoce en fonderie.

THESES VETERINAIRES

Jeudi 30 janvier 1941. — Jury : MM. Gougerot, Henry, Lesbouyries, Simonnet. — M. Mohaine. Auto-uro-thérapie dans l'eczéma du chien. — M. Le Scraigne. L'hématurie essentielle des bovidés en Ille-et-Vilaine. Le rôle du sol et de la flore dans l'étiologie de la maladie.

NOTES POUR L'INTERNAT

PERFORATIONS DES ULCUS GASTRO-DUODÉNAUX SIGNES - DIAGNOSTIC - TRAITEMENT (1)

PERFORATION EN PERITOINE CLOISONNE

Bien différent du précédent, le tableau réalisé est celui, insidieux, trompeur, de diagnostic toujours difficile de *l'abcès sous-phrénique.* Il ne présente pas d'urgence chirurgicale immédiate, mais son pronostic reste toujours réservé.

En clinique

Découverte :

En dehors des cas vraiment exceptionnels où on a assisté à un tableau de perforation qui tournait court en s'enkystant, dans la règle le *début passe inaperçu*, et on est appelé à examiner, pour la première fois, un malade dont l'*atteinte* générale évoque rapidement l'idée de *suppuration profonde :*

— La *température* existe, depuis plusieurs jours, souvent oscillante.

— Le *pouls* toujours rapide.

— Le *facies* terreux, couvert de sueur.

— L'*amaigrissement* est important.

— La *polynucléose* sanguine est élevée.

Reconnaître la cause d'un tel tableau s'avère tout de suite malaisé, car les investigations qu'on met en jeu donnent très souvent des renseignements insuffisants et même trompeurs :

L'interrogatoire :

On s'efforce de préciser des *antécédents*, un *mode de début :*

I. Certes, ont une grande valeur diagnostique, *un passé de douleurs d'ulcus* devenues plus sourdes, plus continues, témoignant de l'évolution calleuse, ou bien un *épisode de poussée douloureuse* à la suite de laquelle s'est constitué le tableau.

II. Mais souvent peu de renseignements probants :

— Les antécédents digestifs vagues.

— Le début *latent* par des signes généraux progressifs au point qu'on s'oriente vers une affection médicale ou même *trompeur*, par des signes pulmonaires.

Les signes locaux.

Les examens cliniques et radiologiques systématiques arrivent à grouper des signes locaux d'interprétation délicate :

I. S'agit-il d'une forme a évolution thoracique? Le diagnostic est particulièrement difficile :

a) *On croirait, en effet, à une affection thoracique devant :*

— Des *signes fonctionnels* nets mais trompeurs : dyspnée, toux, point de côté.

— Des *signes physiques* qui sont ceux d'une collection pleurale : matité, abolition des vibrations et du murmure vésiculaire.

b) *En faveur d'un abcès sous-phrénique :* deux cas :

1° Le diagnostic peut être *relativement facile* s'il s'agit d'un *abcès gazeux :*

— *La percussion* trouve une sonorité tympanique surmontant la matité hépatique, parfois un épanchement pleural surajouté réalise une matité panachée.

— *L'auscultation* révèle un syndrome de pyo-pneumothorax.

— *La radiologie* surtout est précieuse, montrant une image claire en croissant, au-dessus de l'ombre du foie, parfois existe un niveau liquide.

2° Le diagnostic reste *franchement difficile* s'il s'agit d'un *abcès non gazeux.*

Typiquement : *la percussion* révélerait une matité à convexité supérieure ;
la radiologie, une couple diaphragmatique surélevée et immobile.

En fait, il suffit d'un *épanchement réactionnel* de la plèvre pour que tous les signes soient masqués.

3° *Quant à la ponction*, elle doit être complètement éliminée comme moyen de diagnostic, car trompeuse et dangereuse. On peut la réserver au *diagnostic de localisation*, lorsqu'elle est faite immédiatement avant l'intervention et sous contrôle radioscopique.

II. S'agit-il d'une forme a évolution abdominale? Le diagnostic est un peu moins difficile :

a) Quelques signes attirent l'attention vers *l'abdomen :*

— Pesanteurs, douleurs dans la région sous-hépatique.

— Petits signes d'irritation péritonéale, nausées, arrêt passager des matières et des gaz.

b) L'examen révèle des *signes de collection sous le foie :*

Inspection : Parfois légère voussure de la région.

Percussion : Matité refoulant la sonorité colique.

Palpation : Sous une *zone de défense*, on perçoit une *tuméfaction profonde* empâtée, de limite indécise, avec point douloureux maximum au centre.

Tous ces signes contrastent avec le reste de l'abdomen resté souple, indolore.

Evolution

I. Aussitôt le diagnostic fait, *il faut intervenir.* Le pronostic dépend de la précocité de l'intervention et de la résistance du sujet. Les suites opératoires sont en effet longues et difficiles.

II. *Sans intervention*, de graves complications sont à redouter :

a) *Complications générales*, chez les sujets âgés, peu résistants, à type de septico-pyohémie.

b) *Complications locales*, l'abcès s'ouvrant suivant son siège, dans la plèvre ou le poumon, le péritoine ou un viscère creux (estomac, côlon), éventualités toujours de très haute gravité.

Formes cliniques

I. *Suivant le siège :*

A côté des deux types que nous avons eu en vue sous-hépatique droit, sous-phrénique droit, les plus fréquents, il faut signaler :

— Des abcès sous-spléniques gauche.

— Des abcès rétro-péritonéaux donnant un empâtement lombaire.

— Des abcès de l'arrière-cavité des épiploons avec voussure épigastrique, douleurs précoces (plexus solaire).

II. *Suivant les symptômes :*

On ne saurait trop insister sur la fréquence des *formes latentes* révélées tardivement par des complications.

Diagnostic

Toujours très difficile, pose une série de problèmes successifs :

I. Il faut, au début, reconnaître la *suppuration profonde*, et éliminer les diagnostics médicaux habituellement envisagés (fièvre typhoïde, septicémie, etc.).

II. Il faut *localiser* cette suppuration à *l'abdomen.* C'est relativement facile en cas d'*abcès sous-hépatique*, difficile en cas d'*abcès diaphragmatique* posant le diagnostic d'une affection pleurale.

III. Il faut encore éliminer les *collections intra-hépatiques* et, pour les sièges plus rares des abcès, les collections suppurées du pancréas, périnéphrétiques.

IV. Il faut enfin déterminer l'*étiologie de l'abcès*, et éliminer un abcès sous-phrénique d'origine *appendiculaire* ou *vésiculaire.*

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 7-8, du 22-25 janvier 1941.

Traitement

I. Sous-*anesthésie locale* de préférence, surtout chez les sujets fatigués.

II. *Incision large*, au point ou l'abcès bombe sur la paroi abdominale antérieure ; ou par voie sous-diaphragmatique si l'abcès est à évolution thoracique, le gros écueil à éviter étant l'infection pleurale.

III. *Explorer* soigneusement pour effondrer les cloisonnements et ouvrir les diverticules. *Drainer* largement.

IV. La mise en œuvre d'un *traitement général* actif est un adjuvant indispensable.

On ne s'occupera pas de la perforation gastrique, elle-même, secondairement obturée, mais savoir que persiste toujours une lésion qui pourra, ultérieurement, nécessiter une intervention.

Perforation dans un viscère voisin

Complications des ulcus anciens, adhérents par la périgastrite ou périduosténite aux viscères voisins.

I. Parfois c'est un *diagnostic de radiologie* devant l'image d'une *Niche de Haudeck*, témoignant d'un ulcus perforé bouché.

II. Parfois c'est un *diagnostic au cours d'une vérification anatomique*, à la suite d'une *hématémèse* foudroyante, on trouve un ulcère de la face postérieure ayant provoqué l'ulcération de la *splénique*.

III. Parfois c'est un *diagnostic* au cours d'une intervention : on découvre :

Un ulcus de la *petite courbure* bouché par le *pancréas*.

Un ulcus du *pylore* bouché par le *foie*.

Toutes éventualités créant *de grosses difficultés opératoires*.

R. Joussemet,
J. Joussemet-Lefèvre.

(Fin.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Ordre des Médecins

II

La tâche qu'entreprenait M. S. Huard, était rude, comme il a bien voulu nous l'exposer. Il s'agissait de remonter un courant puissant pour retrouver les saines traditions d'antan, de regagner l'indépendance qui contingentait à la fois les possibilités de vie normale du médecin et celles de son action bienfaisante pour les malades et la Santé Publique ; il s'agissait aussi de supprimer les habitudes fâcheuses et les abus déplorables qui s'étaient peu à peu établis et avaient acquis droit de cité auprès d'un trop grand nombre.

Ces résultats ne pouvaient être obtenus que par une action énergique, indépendante de toute contingence d'ordre personnel ou collectif et surtout en faisant table rase d'un passé qui s'était avéré incapable d'arrêter la chute et de réaliser un redressement.

La solution qui apparaissait tout d'abord était le retour à la Corporation. Mais on ne pouvait réaliser une institution dont la définition même ne s'appliquait point à la profession médicale, profession libérale dont l'exercice et la pratique sont essentiellement personnels ; la Corporation doit réunir employeurs et employés et ces derniers, dans l'ensemble, sont l'exception. D'autre part, il eût fallu attribuer à cette Corporation la propriété et la gérance de tout ce qui concerne la médecine depuis les établissements d'enseignement jusqu'à ceux d'hospitalisation : il y avait là une impossibilité de réalisation pratique qui ne permit pas d'envisager cette forme.

Un exemple de discipline intérieure était fourni par une profession voisine, également libérale, et se trouvait réalisé par les Ordres des Avocats. Mais, là encore, se présentait une difficulté du fait de la dissemblance entre ces organisations et celle qu'il fallait créer.

Il n'y a pas un Ordre national des Avocats, mais bien des Ordres d'avocats, dont les règles peuvent et sont, en fait, variables suivant les différentes circonscriptions judiciaires. D'autre part, ces ordres n'ont qu'à s'efforcer de maintenir leurs règles séculaires respectives, alors que, pour les médecins, il fallait d'abord en établir sur le plan national, en assurer ensuite l'application et enfin, acclimater la réforme.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 7-8, du 22-25 janvier, p. 66.

De plus, la nouvelle institution devait pouvoir s'occuper de tout ce qui regarde la médecine, depuis son enseignement et sa préparation jusqu'aux moindres détails de sa pratique.

En somme, ce qu'il était nécessaire de créer s'apparentait plus à une Corporation qu'à un Ordre ; toutefois, l'Ordre se trouve être la forme de la Corporation pour les professions libérales ; mais il convient de ne pas prendre ce terme à la lettre, dans le sens qu'on lui a donné pour les avocats ; il faut le considérer comme une appellation commode et pratique pour une institution qui est, en réalité, intermédiaire entre l'un et l'autre.

Ainsi, bien des choses pouvant sembler obscures dans notre organisation apparaîtront beaucoup plus claires et beaucoup plus normales, si nous nous gardons d'assimilations peut-être faciles, mais susceptibles de provoquer des confusions, de troubler les esprits et d'amener des erreurs d'interprétation et des critiques injustifiées.

Au reste, l'organisation d'un Ordre des Médecins au premier échelon n'exclut pas celle de la Corporation sanitaire au stade régional : elle y groupera tous ceux qui, de près ou de loin, travaillent à la prévention et au traitement des maladies et dont la collaboration est indispensable pour mener à bien une politique concrète et féconde de la Santé Publique.

A. Herpin.

INFORMATIONS

(suite de la page 82)

Le Centre d'Entr'aide aux Etudiants Mobilisés et Prisonniers, 5, place Saint-Michel, Paris (5e) (C. C. P. Us. Centre d'Entr'aide Paris 2027-66), compte avoir la possibilité de nouveaux envois. Faites-lui parvenir les livres d'études destinés à vos prisonniers. Aidez-le dans sa tâche en lui envoyant votre obole ou des dons de livres. Chacun doit avoir à cœur d'apporter aux étudiants et universitaires prisonniers et, par eux, à tous nos prisonnies, ce témoignage de solidarité et de sympathie.

Ajoutons que le Centre d'Entr'aide aux Etudiants mobilisés et prisonniers envoie régulièrement des colis de lainages, linge, vivres, tabac, etc., aux étudiants privés de famille ou dont la famille ne peut assurer entièrement cette dépense. Ces colis, toutefois, ne viennent pas en surplus des paquets réglementaires, tandis que les livres peuvent être expédiés à part grâce aux autorisations obtenues.

Désireux d'étendre toujours davantage son action, le *Centre d'Entr'aide aux Etudiants mobilisés*, 5, place Saint-Michel, Paris (5e), souhaite recevoir les adresses des étudiants prisonniers qui ne lui ont pas encore été communiquées.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'alimentation des nourrissons : *Etat normal, états pathologiques*, par le Dr Eugène Terrien, ancien chef de clinique infantile de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades. — Sixième édition revue et augmentée. — Un volume de 306 pages, 36 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Depuis quelques années de nombreux travaux ont été publiés sur l'alimentation des nourrissons : au fur et à mesure de nouvelles conceptions ont vu le jour, des aliments et des méthodes différents ont été introduits dans la thérapeutique.

Ainsi a pris naissance une nouvelle réglementation des repas, une alimentation plus variée dès les premiers mois, mais le travail du médecin ne s'en est pas trouvé simplifié pour cela.

Ces constatations ont incité l'auteur à écrire une nouvelle édition d'un livre apprécié depuis longtemps et qu'il a entièrement remis à jour.

C'est avant tout un Précis, c'est-à-dire que toutes les questions concernant l'alimentation des nourrissons (sains ou malades) sont étudiées de telle sorte que le lecteur comprenne à la fois les raisons des régimes et les moyens de les appliquer.

L'ouvrage est ainsi divisé :

a) L'alimentation de l'enfant normal ;
b) Le régime dans les états pathologiques ;
c) Les régimes de suppléance et les aliments de régime ;
d) Le contrôle coprologique.

La Thoracoplastie Elective Primitive, d'Association, de Substitution, par J. Angirany, L. Michon, A. de Micheaux. Préface de F. Dumarest. — Un volume de 128 pages avec 28 planches hors texte, 60 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris (6e).

Il n'y a pas plus de vingt ans que la thoracoplastie est entrée dans la pratique courante de la thérapeutique antituberculeuse, et cependant les discussions cliniques et techniques que cette intervention a fait naître ont été telles que lorsqu'on n'a pas suivi pas à pas ces âpres controverses il est malaisé de formuler sur elle, un jugement très clair. A qui cette intervention s'adresse-t-elle ? Quels procédés opératoires doit-on choisir ? Quels sont les risques de la méthode ? Autant de problèmes d'une importance capitale, et d'une réponse difficile.

Un chirurgien et deux phtisiologues se sont attachés à leur solution dans ce livre volontairement concis et remarquablement clair. Doués d'esprit synthétique et nourris d'une longue expérience acquise sur des malades d'un même sanatorium, ils ont écrit tout ensemble une œuvre personnelle et une revue générale précise. De cet effort est né plus qu'un travail didactique : un guide pour le phtisiologue qui décide, et pour le chirurgien qui modèle.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 11-12. — 5-8 FEVRIER 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Un nouveau centre hospitalier est en voie d'organisation à la Cité Universitaire dans le Pavillon Deutsch de la Meurthe, qui a été mis à la disposition de l'Assistance Publique.

Secrétariat général de la Famille et de la Santé. — ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS. — Par arrêté, en date du 8 janvier 1941, les tarifs de soins à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts ont été fixés comme suit :

Consultations. — Malades payants et assurés sociaux, 10 fr.

Hospitalisations. — Malades payants et assurés sociaux, 70 fr. par jour.

Petites opérations externes. — Malades payants et assurés sociaux, 50 fr.

DIRECTEURS RÉGIONAUX. — Par décret, en date du 31 décembre 1940, ont été nommés directeurs régionaux de la famille et de la santé.

En résidence à Aix-en-Provence : M. le Dr Goulley (René), médecin inspecteur de la santé de Maine-et-Loire.

En résidence à Bordeaux : M. le Dr Albertin (Auguste), médecin inspecteur de la santé des Pyrénées-Orientales.

En résidence à Caen : M. Haag (Paul), ancien préfet.

En résidence à Grenoble : M. Taviani (François), ancien préfet.

En résidence à Montpellier : M. le Dr Grenoilleau (Jean), médecin inspecteur de la santé de Loir-et-Cher.

En résidence à Nantes : M. le Dr Viette (Roger), médecin inspecteur de la santé d'Eure-et-Loir.

En résidence à Orléans : M. Lanquetin (Marcel), ancien préfet.

En résidence à Poitiers : M. Adam (Louis), ancien préfet.

En résidence à Rennes : M. le Dr Lamy (Jean), médecin inspecteur de la santé des Alpes-Maritimes.

En résidence à Toulouse : M. Jouany (Désiré-Louis), ancien préfet.

Guerre. — ACTIVE. — Par arrêté du 26 décembre 1940, est rapportée la nomination dans les réserves de M. le Médecin-Colonel Codvelle (Félix-Paul). (*J. O.*, 26 janvier 1941.)

Légion d'honneur. — GUERRE. *Réserve* (fin). — Sont inscrits au tableau spécial de la Légion pour officiers :

Paul Gouriou, méd. comm., région de Paris ; Jean Villeclère, méd. comm., 15e région ; André Odoul, méd. comm., troupes du Maroc ; Pierre Dubois, méd. comm., 6e région ; Georges Paramelle, méd. comm., 14e région ; Pierre Estève, méd. comm., 16e région ; Georges Bachy, méd. comm., 2e région ; Paul Gay, méd. cap., 14e région ; Raymond Dubrante, méd. cap., région de Paris ; Robert Bretton, méd. comm., région de Paris ; Maurice Godard, méd. cap., 6e région ; Marcel Fèvre, méd. cap., région de Paris ; Henri Le Conte des Floris, méd. cap., 7e région ; Gabriel Tersen, méd. comm., 1re région ; Henri Paillard, méd. comm., 13e région ; Maurice Dekester, méd. comm., 1re région ; Maurice Faugère, méd. cap., 19e région ; Louis Bertholey, méd. cap., 14e région ; Paul Hivert, méd. cap., 14e région ; Alexandre Tognet, méd. cap., 14e région ; René Doliveux, méd. comm., 11e région ; Georges Faroy, méd. comm., région de Paris ; Achille Reinflet, méd. comm., région de Paris ; Georges Paire, méd. comm., 19e région ; Pierre Blamoutier, méd. cap., région de Paris ; Lucien Chastang, méd. cap., région de Paris ; Jacques Pène, méd. comm., 9e région ; Camille Simonin, méd. lieut.-col., 20e région ; Eugène Genty, méd. comm., région de Paris ; Marcel Arrivat, méd. comm., 16e région ; René Piédelièvre, méd. comm., région de Paris ; Emile Palais, méd. cap., 14e région ; Joseph Delattre, méd. cap., 14e région ; Jean Henry, méd. comm., 15e région.

Comité international de l'Office international d'hygiène publique. — M. le professeur Louis-Pasteur Vallery-Radot est nommé représentant permanent de l'Etat français au Comité international de l'Office international d'hygiène publique. (*J. O.*, 29 janvier 1941.)

Médecins libérés. — Le directeur du Service de Santé de la région de Paris informe MM. les Médecins, Pharmaciens, Dentistes, Officiers d'administration du Service de Santé, libérés par les autorités allemandes, des hôpitaux et des camps de prisonniers, qu'ils doivent se présenter, s'ils ne l'ont déjà fait, à la Direction du Service de Santé, 28, avenue Friedland, pour examen et régularisation de leur situation militaire. A partir du 1er mars, ceux qui seraient encore en situation irrégulière pourraient être l'objet de sanctions.

Rations alimentaires spéciales aux malades. — A partir du 7 février, les habitants de la Seine ayant à demander des rations supplémentaires ou des rations de régime, ne devront plus se présenter au service de la rue Mabillon. S'adresser, désormais, aux mairies de Paris et de la banlieue en se munissant de la carte d'alimentation, des feuilles de ticket et de l'ordonnance médicale.

Naissances

Le Dr A. Thépénier, nous fait part de l'heureuse naissance de son petit-fils, Philippe Plé.

Nous adressons à notre confrère et ami et à tous les siens nos bien affectueuses félicitations ainsi que nos vœux pour la belle famille française qui grandit auprès de lui.

Ordre des Médecins

Conseil départemental de la Seine
28, rue Serpente, Paris (6e)

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine communique ce qui suit aux médecins de ce département :

La loi du 26 octobre 1940, instituant l'Ordre des Médecins, stipule que « nul ne peut exercer la médecine s'il n'est habilité par un Conseil Professionnel, dit Conseil de l'Ordre des Médecins » (article premier) et que « dans chaque département, le Conseil de l'Ordre des Médecins dresse un tableau public des personnes qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine, sont admises par lui à pratiquer leur art » (article 8).

Vous êts prié, pour solliciter votre inscription au tableau, de remplir préalablement le questionnaire ci-dessous en donnant toutes les précisions demandées :

1° Nom ; 2° prénoms ; 3° nom de naissance (en cas de changement de nom) ; 4° date et lieu de naissance ; 5° nationalité : est-ce votre nationalité d'origine ? Sinon, est-elle acquise par le mariage ou par naturalisation, et à quelle date ? ; 6° nationalité du père et de la mère : ont-ils été naturalisés, et à quelle date ? 7° êtes-vous marié ? ; 8° votre conjoint (ou conjointe) possède-t-il la nationalité française à titre originaire ?; 9° domicile actuel; 10° date et lieu de soutenance de la thèse ; 11° titres universitaires et hospitaliers ; 12° distinctions honorifiques ; 13° spécialité ; 14° où exercez-vous ?; 15° avez-vous exercé en d'autres endroits ? où ? et quand ?; 16° êtes-vous attaché à un service hospitalier public ou privé ? lequel ou lesquels ? et à quel titre ?; 17° quels sont les organismes qui font appel à vous régulièrement ? (tribunaux, assurances, compagnies, établissements privés, dispensaires, cabinets d'affaires, etc. ?) ; 18° avez-vous un associé ou un assistant dans l'exercice de votre profession ? quels sont son nom, ses titres et sa nationalité d'origine ?; 19° avez-vous des intérêts dans un organisme ou dans une entreprise touchant les professions médicale ou para-médicale ?; 20° avez-vous encouru des peines judiciaires ou syndicales concernant votre activité professionnelle ? lesquelles ? à quelle date ?; 21° avez-vous encouru des condamnations de Droit commun ? lesquelles ? à quelle date ?; 22° quel est l'état de vos services militaires ? 23° êtes-vous en règle avec la Caisse des Allocations Familiales ?

Veuillez faire suivre ce questionnaire de la formule suivante : « Je demande mon inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins de la Seine, je jure sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité; j'autorise toutes les vérifications nécessaires et je m'engage à envoyer au Conseil de l'Ordre un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes ». Veuillez, enfin, dater, signer et adresser votre demande, avant le 1er mars 1941, au *Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine*, 28, rue Serpente, Paris (6e).

Toute fausse déclaration entraînerait le refus de l'inscription au Tableau de l'Ordre sans préjudice des sanctions judiciaires.

Nécrologie

BEHAL

L'illustre chimiste, Auguste Béhal, vient de succomber, à Mennecy (Seine-et-Oise), à l'âge de 82 ans. Il était né à Lens, le 29 mars 1859. Docteur ès sciences physiques, en 1888, pharmacien des hôpitaux de Paris, depuis 1886, il avait été nommé agrégé à la Faculté de Pharmacie, en 1889, et chargé d'un cours de chimie organique à la Sorbonne.

En 1901, il fut nommé professeur de toxicologie à la Faculté de Pharmacie et, en 1907, il prenait la chaire de chimie organique.

L'Académie de Médecine lui ouvrit ses portes en 1907, dans la section de pharmacie. En 1922, il présida l'Académie.

Le 31 janvier 1921, il avait été élu membre de l'Académie des Sciences, dans la section de chimie ; il en fut le vice-président, en 1939 et la présida en 1939. En cette qualité, il fut président de l'Institut de France. Béhal avait également présidé la Société de Pharmacie en 1905 et la Société Chimique de France en 1911. A la mort de Painlevé, il avait été appelé à présider le conseil d'administration de la Maison de la Chimie. Il était Grand Officier de la Légion d'honneur.

C'était un véritable chef d'Ecole que Béhal. Il y avait été préparé par d'admirables travaux qui l'avaient placé au rang des plus grands chimistes français. Est-il nécessaire de rappeler ses recherches sur les carbures acétyléniques, sur le chloral, les phénols et la créosote, ses travaux sur la synthèse des aldéhydes, sur l'acide formique, sur le camphre qu'il réalisa synthétiquement ? On lui doit encore de belles recherches sur les alcools tertiaires, sur les dérivés de l'urée, la chlorurée...

Dans son œuvre écrite, on doit citer, entre autres, son *Traité de chimie organique*.

Béhal était un ardent défenseur de la théorie atomique. Il savait communiquer à ses élèves son enthousiasme pour la recherche scientifique. Par sa bonté qui était très grande, il s'était attaché de brillants élèves. Ceux-ci revendiquaient avec fierté le nom de « béhaliens ». N'est-ce pas le plus bel hommage que l'on puisse décerner à un Maître ?

L.

Renseignements

Etud. en médecine, 6 inscrip. ayant fait fonction d'externe, cherche place secrétaire ou emploi de clinique, gardes, anesthésies, etc. Ecrire *J. O.*, aux bureaux du journal.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ATURAL Laboratoire de PHYSIOLOGIE et de THERAPEUTIQUE 10, rue de Strasbourg, Paris (10[e])	*Poudre à base d'antilab-ferment et de citrate de soude* 1 mesure pour 100 gr. de lait	Supprime l'intolérance pour le lait et le rend semblable au **lait maternel** *Supplée aux laits diététiques*
COLITIQUE Laboratoires du D[r] P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16[e])	*Vaccin curatif anticolibacillaire* Adopté par les Hôpitaux et le Ministère des Colonies *Voie buccale* : Une ampoule le matin à jeun, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections à colibacilles Gastro-entérite, Pyélonéphrite, Cystite, Maladies infectieuses des organes génitaux féminins, Ictère, etc...
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15[e])	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
IMIDO "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4[e])	*Solution de bi-chlorhyd. d'histamine* 1/10[e] à 1 amp. (1 cm³) par jour selon les cas	Epreuve de l'histamine Coxarthries, Algies
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
LYXANTHINE ASTIER Laboratoires du D[r] P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16[e])	Composé anti-arthritique *Iodo-propanol sulfonate de sodium* *Bitartrate de lysidine* *Gluconate de calcium* Granulé effervescent Une cuillerée à café le matin à jeun	Goutte, Gravelle, Rhumatismes Névralgies rhumatismales, Arthrites Cellulites
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide (Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SYNTROPAN "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4[e])	*Spasmolytique synthétique* Comp. : 1 à 3 par jour Amp. 1 cm³ : 1 à 2 par jour Supp. : 1 à 2 par jour	Toutes les indications de l'atropine
VULCRINOL Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1[er])	*Opothérapie hépatique* *et* *Chimiothérapie humorale associées*	Maladies d'intolérance et états anaphylactiques Etats hépatiques - Intoxications

ACCÉS AIGUS ET SUBAIGUS DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE ET AVITAMINOSE B

Par H. et M. Couleon

Les travaux de Minot, Strauss et Cobb (*N. E. J. Méd.*, 1933), de Joliffe, Colbert et Joffe (*A. J. M. Sc.*, 1936), de Villaret, Justin-Besançon et Klotz (*Bull. et Mém. Soc. Hop. Paris*, 3 juillet 1936), ont mis en évidence la pathogénie diététique de la polynévrite alcoolique. Il résulte des travaux de ces auteurs que les manifestations polynévritiques de l'alcoolisme chronique sont déterminées par une avitaminose B_1. Les résultats thérapeutiques par l'administration de vitamine B_1 sont venus corroborer cette conception pathogénique.

Devons-nous, avec Heiman (*Kl. Woch*, 31 juillet 1937), admettre que seules sont justiciables du traitement par la vitamine B_1 les affections atteignant la fibre sensitive. Villaret, Justin-Besançon et Klotz montrent que bien d'autres accidents de l'alcoolisme chronique sont d'origine métabolique au même titre que la polynévrite. Toutefois, ils ne croient pas devoir incriminer l'avitaminose B_1 dans la pathogénie du delirium tremens, qui entrerait dans le cadre du syndrome réactionnel de l'alcoolisme que Klotz oppose au syndrome toxique (de types dégénératif et sclérogène) et au syndrome dysmétabolique (symptômes de nature carentielle).

Cependant, rien ne parait s'opposer à ce qu'un état de carence alimentaire se traduise par un syndrome psychique qui pourrait être considéré comme la traduction clinique d'un trouble du métabolisme des cellules nerveuses encéphaliques. Le syndrome psychique de la pellagre, avec accès de type maniaque ou mélancolique et état démentiel terminal, illustre cette hypothèse, et Villaret, Justin-Besançon et Inbona (*Presse Méd.*, 2-5 octobre 1940) ont rapporté le cas d'une femme atteinte de syndrome mélancolique avec glossite, guérie par l'administration de vitamine P. P. En ce qui concerne plus particulièrement la répercussion de l'avitaminose B_1 sur le système nerveux central, rappelons les travaux de M.-L. Gildea, W.-B. Castle, S.-F. Gildea et S. Cobb (*A.-J. Path.*, 1935). Ces auteurs, expérimentant sur des chiens soumis à un régime carencé en vitamine B_1, mirent en évidence chez les animaux ainsi traités des lésions du système nerveux central consistant en dégénérescences cellulaires. Les lésions cellulaires des centres nerveux se montreraient même plus constantes que les lésions des nerfs périphériques. Les troubles neurologiques observés au cours du béribéri expérimental chez le rat viennent à l'appui de ces observations. Dans le même ordre d'idée, retenons les manifestations anxieuses et amnésiques du béribéri humain. A. Giroud (*Presse Méd.*, 30 octobre-2 novembre 1940) insiste sur le fait que la carence en vitamine B_1 atteint également les nerfs et les centres nerveux, où elle se traduit par l'accumulation d'acide pyruvique (plus particulièrement, chez les mammifères, dans la zone psychomotrice) qui provoque un trouble des phénomènes d'oxydation. L'aneurine a donné d'heureux résultats dans le traitement d'affections nerveuses telles que : encéphalite léthargique, poliomyélite, syndromes parkinsoniens postencéphalitiques, atrophie musculaire progressive, sclérose latérale, amyotrophique, myéloses funiculaires (Mc. Cormick, *Méd. Record.*, nov. 1939), myélose funiculaire de l'anémie pernicieuse (Mussio-Fournier et Rawak, *Rev. Neur.*, déc. 1938), au même thérapeutique, appliquée à la psychose de Korsakoff, *Jrl Connect. Méd. Soc.*, mai 1928) a utilisé avec succès la vitamine B_1 dans les psychoses alcooliques chroniques. La même thérapeutique, appliquée à la psychose de Korsakow, a donné des résultats variables souvent heureux (Martimor et Neveu, *Ann. Méd. Psyc.*, février 1938 ; Bersot, *Ann. Méd. Psych.*, 1938 ; Friedman, *Arch. Scient. de Neur. et Psych.*, 1937 ; Bowmann, Goodhart et Joliffe, *Jrl of Nerv. and Ment. Dis.*, nov. 1939). H. Schaeffer peut écrire (*Presse Méd.*, 7-10 août 1940) : « Le rôle de l'avitaminose B_1, dans la genèse de certaines maladies infectieuses et toxiques du système nerveux central, est actuellement franchement posé ».

Nous avons pensé qu'une carence alimentaire pouvait être incriminée au cours des troubles mentaux de l'alcoolisme aigu et subaigu. Le syndrome mental confusionnel et onirique est, chez ces malades, accompagné d'importantes manifestations organiques dont nous retiendrons surtout le syndrome hépatique (foie atrophié ou hypertrophié, souvent douloureux à la pression, subictère surtout apparent aux conjonctives, glycosurie alimentaire) et le syndrome digestif (état saburral des voies digestives, anorexie, vomissements souvent réduits aux pituites matinales, gastralgies, alternatives de constipation et de diarrhée). Ces manifestations de gastrite et d'insuffisance hépatique ont certainement pour conséquence un trouble important de l'assimilation alimentaire.

Le mécanisme de la carence de la polynévrite alcoolique a été bien décrit par Minot, Strauss et Cobb, et surtout par Villaret, Justin-Besançon et Klotz. Ce dernier en fait dans son ouvrage (H. Pierre Klotz, *La polynévrite alcoolique*, étude pathogénique et thérapeutique ») une étude précise. On peut le résumer de la façon suivante :

1. — Régime carencé d'emblée, conséquence de l'anorexie, des vomissements et du déséquilibre alimentaire que l'on observe régulièrement chez ces malades.

2. — Aggravation de la carence, conséquence des lésions gastriques qui se traduisent par un défaut d'assimilation et d'utilisation des vitamines.

3. — Aggravation de la carence, conséquence de l'insuffisance hépatique qui se traduit par un défaut de l'utilisation des vitamines, le foie jouant normalement à leur égard un rôle d'emmagasinement.

Klotz insiste sur le retentissement de la carence elle-même sur les troubles digestifs primitifs : « Un des points les plus importants dans l'étude de ce syndrome d'hyponutrition, est la constitution d'un véritable cercle vicieux pathologique ; la carence des facteurs nutritifs essentiels (vitamine B_1, par exemple) accentue, en effet, les troubles digestifs (anorexie, inassimilation) et par là même augmente le trouble nutritif initial ».

Klotz incrimine également la déficience des glandes endocrines qui, normalement, contiennent de riches réserves de vitamines.

D'autre part, comme le font remarquer Minot, Strauss et Cobb, l'ingestion d'alcool augmente les besoins de l'organisme en vitamines et surtout en B_1, par augmentation des processus métaboliques. Gounelle admet également l'intervention de B_1, dans le métabolisme de l'alcool au même titre que dans le métabolisme des sucres.

Chez les alcooliques chroniques présentant un accès d'alcoolisme aigu ou subaigu, au même titre et par le même mécanisme que chez les polynévritiques, l'atteinte gastro-hépatique doit se traduire par une carence vitaminique.

Il apparait de plus que, si la carence en vitamine B_1 est la plus importante, d'autres déficiences diététiques entrent en jeu. La thérapeutique simple que nous avons instituée a pour but de rétablir les fonctions digestives, de traiter l'insuffisance hépatique, de suppléer à la carence vitaminique par un régime riche en vitamines, et plus particulièrement en vitamines B_1. Nous prescrivons dès l'entrée du malade :

1. — Solution alcalino-sodique de Bourget, un verre à bordeaux une demi-heure avant chaque repas.

2. — Deux ampoules d'extraits hépatiques par jour (hépatrol, par exemple).

3. — Une ampoule sous-cutanée par jour de vitamine B_1 cristallisée (ampoules dosées à deux milligrammes).

4. — Régime polyvitaminé (type Minot-Strauss-Cobb).

Levure de bière	125 grammes
Huile de foie de morue	60 cm^3
Lait frais	500 cm^3
Viande crue	100 grammes
Foie frais	200 grammes
Jus d'orange	200 grammes
Fruits crus.	

Accessoirement, on peut être appelé à lutter contre la fièvre à l'aide des antipyrétiques habituels. Dans certains cas d'infection secondaire, l'association électrargol-septicé-

mine nous a donné d'heureux résultats. L'excitation psycho-motrice, souvent violente, sera combattue par les médications calmantes et la balnéothérapie. Les réactions adynamiques seront combattues par la strychine ; la tendance au collapsus cardiaque par les toni-cardiaques, de préférence l'huile camphrée. Les injections de sérum artificiel seront utiles quand l'état général est défectueux.

Dans certains cas le sevrage brusque et total d'alcool s'est traduit par un véritable état de besoin avec tendance au collapsus. Une potion de Todd donnée à doses décroissantes permet de pallier cette sorte d'accident.

Nous avons appliqué systématiquement ce régime, utilisé depuis quatre ans dans nos services, à soixante-trois alcooliques chroniques présentant un accès aigu ou subaigu. Un seul décès a été observé. Dans l'ensemble on note :

Une amélioration très rapide de l'état général. Le tremblement s'atténue, le subictère disparait, les fonctions digestives se rétablissent, l'appétit réapparait.

Parallèlement, la phase d'excitation motrice est écourtée, l'évolution vers la guérison des troubles psychiques est accélérée. Les éléments confusionnels et oniriques disparaissent en quelques semaines, souvent en quelques jours. Les reliquats oniriques sont rares.

Le malade peut, dans un délai relativement court, être occupé à différents travaux qui permettent sa réadaptation rapide à la vie sociale.

L'intérêt des résultats obtenus nous semble résider surtout dans l'amélioration rapide des symptômes physiques qui conditionnent les troubles mentaux. Outre que, dans les cas aigus, des accidents généraux graves sont à redouter, il est important de voir rétrocéder rapidement le syndrome confusion-onirisme, une évolution plus lente vers la rémission risquant davantage le développement ultérieur de reliquats délirants post-oniriques.

Nous avons appliqué la même thérapeutique à des malades atteints de diverses affections mentales (accès maniaques, accès dépressifs, épilepsie, etc...) avec appoint éthylique. Nous avons obtenu dans ces cas, outre une amélioration de l'état général, une rétrocession marquée des éléments confusionnels ou oniriques surajoutés.

La même thérapeutique nous a également donné d'heureux résultats au cours d'états confusionnels, d'origines diverses, non éthyliques. Les états confusionnels comportent le plus souvent des troubles hépato-digestifs et endocriniens, et il est à présumer que les déficiences diététiques qui en résultent jouent un rôle important dans leur genèse et dans leur évolution.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 5 février 1941. — 1° Jury : MM. Gosset, Vallery-Radot, Troisier, Cadenat. — M. Marzet. Contribution à l'étude du méga-œsophage. — M. Scebat. A propos d'un cas de paludisme à incubation prolongée. — M. Nicolaï. Le traitement des abcès du poumon par le benzoate de soude. — Mlle Lang. Tumeur masculinisante de l'ovaire.

2° Jury : MM. Lœper, Fiessinger, Mondor, Brouet. — M. Bertrand. Les amyotrophies syphilitiques. — M. Lartigue. Le fonctionnement d'un groupe sanitaire divisionnaire motorisé. — M. Boulay. Les sulfamides dans le traitement des dysenteries bacillaire. — M. Bancaud. Contribution à l'étude des indications et de la technique de la gastrectomie après échec de la gastro-entérostomie.

Jeudi 6 février 1941. — Jury : MM. P. Duval, Tanon, Lemaître, Laignel-Lavastine. — M. Gaulier. Contribution à l'étude des indications thérapeutiques dans les hémorragies digestives d'apparence immédiatement grave. — M. Chervy. Les mesures d'hygiène prises aux avants-postes de la Ligne Maginot. — M. Bretten. Septicémie d'origine auriculaire. — M. Occis. La naissance du Christ. Son aspect biologique d'après la littérature sacrée catholique. — Mlle Klein. Action bactéricide des métaux. — Mlle Gagnier. Considérations sur le traitement des épileptiques : l'expérience des Asiles John Bost.

Samedi 8 février 1941. — Jury : MM. Rathery, Lereboullet, Lenormant, Patel. — M. Deuil. L'indice chromique résiduel (Son étude comme mode d'appréciation des troubles de la dégradation des glucides. — M. Guillemin. L'influence du thymus sur le métabolisme phospho-calcique dans les états sclérodermiques. — M. Toulouse. Fistules vésico-vaginales survenant au cours de la guérison apparente du cancer du col utérin traité par le radium. — Mlle Clerc-Prost. Les albuminuries d'origine thyroïdienne.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Les succédanés de la méthode de Karelitz

Par M. L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

On sait que, pour réhydrater le nourrisson atteint de gastro-entérite aiguë cholériforme, et auquel vomissements et diarrhée ont fait subir d'importantes spoliations aqueuses, sur lesquelles a, après tant d'autres, insisté Marriott, MM. Karelitz et Schick ont proposé la perfusion veineuse avec un sérum salé ou sucré, à laquelle ils associent les transfusions sanguines et la diète absolue. Cette méthode a donné de beaux résultats à divers auteurs, au premier rang desquels il faut citer le Prof. R. Debré. Mais son application est délicate, et ce, pour deux raisons :

1° Les veines de l'enfant chez lequel on constate un syndrome de déshydratation aiguë sont en état de collapsus et, par suite, difficiles à trouver ;

2° Pour que la perfusion puisse fonctionner, il faut un personnel averti, capable de faire immédiatement le nécessaire si l'appareil vient à se dérégler. Elle ne peut donc être effectuée qu'à l'hôpital, et nécessite souvent l'intervention de l'interne.

Aussi a-t-on songé, de divers côtés, à modifier la méthode des auteurs américains.

***

A la phléboclyse préconisée par eux, MM. L. Ribadeau-Dumas, Dufour et Mlle Grumbach ont substitué (*Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*, séance du 25 avril 1939, pp. 205-209), l'*hypodermoclyse continue*, qui n'est autre chose qu'un goutte à goutte sous-cutané. Elle est d'exécution aisée, de surveillance facile et de technique simple : il suffit, en effet, de se procurer un appareil identique à celui qui sert à la phléboclyse (ampoules, tube de caoutchouc muni d'un stilligoutte, bac réchauffant le sérum) et une aiguille qui sera fixée à la face externe de la cuisse, dans le tissu cellulaire sous-cutané, au moyen d'une bande de leucoplaste collée sur le caoutchouc en amont de l'embout. Le membre est immobilisé à l'aide d'une bande de toile épinglée au matelas. Les sérums utilisés sont des solutions isotoniques de glucose à 47 p. 1000, de bicarbonate de soude à 10,75 p. 1000, et, enfin, la solution de Ringer.

Cette hypodermoclyse sous-cutanée semble infiniment préférable aux injections massives de sérum sous-cutané pratiquées dans les mêmes déshydratations aiguës du nourrisson. Ces injections, en effet, n'introduisent dans l'économie qu'une quantité de liquide somme toute assez faible, puisqu'elle ne dépasse pas 300 cm^3 en 24 heures ; elles sont douloureuses et augmentent le choc ; elles nécessitent la mobilisation de l'enfant, tandis que, dans le goutte à goutte sous-cutané, l'écoulement du sérum se fait sans pression forcée, sous la seule influence de la pression atmosphérique, du décollement de l'hypoderme et de l'aborption du tissu cellulaire. Lent et progressif, il n'entraîne aucune douleur et permet ainsi l'administration quotidienne de grandes quantités de sérum : 960 cm^3 dans un cas des auteurs. D'autre part, il participe des avantages de la perfusion par la continuité et par la lenteur de l'injection, par l'immobilité du malade et par la diète qu'elle permet d'instituer. Et il lui est de beaucoup supérieur par sa simplicité, par sa mise en route aisée et par la facilité avec laquelle on peut, en cas de nécessité, l'interrompre. Un seul risque : la production d'abcès, que l'on évite avec une asepsie rigoureuse. L'écoulement doit être réglé par le stilligoutte, afin de répartir en 24 heures la quantité de sérum nécessaire calculée d'après le poids de l'enfant (150 gr. par kilog.). Ainsi appliquée, cette méthode a donné aux auteurs 4 guérisons sur 11 cas.

Au cours de la discussion provoquée par cette communication, plusieurs médecins d'enfants ont pris la parole et fait d'intéressantes remarques. M. Weill-Hallé a recouru, avec de bons résultats, à l'hypodermoclyse discontinue ; MM. J. Cathala et L. Ribadeau-Dumas ont fait valoir que la réhydratation ne résume pas, à elle seule, le traitement du choléra infantile ; M. Marfan, que la voie digestive reste, à son avis, supérieure à toutes les autres quand il s'agit d'introduire de l'eau dans l'organisme du nourrisson.

De leur côté, MM. H. Grenet, P. Isaac-Georges et H. Wimphen (*Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris*, mai 1939, n° 5, p. 253), insistent sur l'importance qu'il y a, au début du traitement des gastro-entérites infantiles graves, à l'institution d'une courte période de diète absolue. Comme la plupart des auteurs, ils reconnaissent une indiscutable valeur à la méthode de Schick et Karelitz constituée par l'association de trois thérapeutiques : transfusions sanguines, phléboclyse, repos absolu du tube digestif ; eux aussi, pratiquent systématiquement les transfusions sanguines. Mais, considérant que la perfusion veineuse « est grosse d'inconvénients pratiques et d'accidents », ils lui

préfèrent l'hypodermoclyse. Quant au troisième élément, la mise au repos temporaire du tube digestif, il leur paraît essentiel, d'une part, quand l'enfant rejette tout ce qu'on lui donne, il ne faut guère compter sur la réhydratation de l'organisme par la diète hydrique. De l'autre, l'introduction des moindres quantités d'eau par voie buccale suffit à mettre en branle tout l'appareil gastro-intestinal. Ajoutons que, sous l'influence de la diète absolue, les vomissements s'amendent plus vite qu'avec les autres thérapeutiques. Aussi ont-ils adopté la technique suivante : pendant 12 à 24 heures, diète absolue initiale, à laquelle on associe des injections discontinues sous-cutanées, d'un total de 400 à 600 cm³ par 24 heures. Le plus souvent, à l'expiration de ce délai, vomissements et diarrhée ont cessé, la réalimentation est devenue possible.

Au sujet de cette communication, le Prof. Marfan fait valoir que, lorsque le nourrisson prend l'eau qu'on lui présente, elle rétablit ou augmente la diurèse, hydrate l'organisme et diminue l'intoxication : il ne se résoudrait donc que difficilement à la lui refuser. M. H. Grenet est de son avis, réservant sa méthode aux cas les plus graves où il y a intolérance absolue du tube digestif.

Enfin, M. Gérard-Lefebvre, de Lille, se loue beaucoup, dans les *Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris* (juin 1939, pp. 316-320), d'un traitement du choléra infantile qui associe, aux injections de sérum glucosé par voie sous-cutanée, l'eau de Vals par voies buccale et rectale. Il existe, en effet, dans cette affection, un état d'acidose intestinale avec abaissement extrême du pH fécal (L. Ribadeau-Dumas) qui correspond à une rupture brutale de l'équilibre physico-chimique intestinal, avec décapage épithélial et passage, dans la circulation, de toxines et de corps microbiens. L'auteur a obtenu quatre guérisons, dans quatre cas désespérés, par l'administration de 6 biberons de 100 à 200 cm³ par jour, selon l'âge, d'eau de Vals-Saint-Jean, et de 2 ou 3 lavements d'eau de Vals Perles n° 5. En cas de vomissements, il a utilisé la potion de Rivière.

ORDRE DES MÉDECINS

Composition des Conseils départementaux

Seine. — *Président :* M. Lemierre, André (de Paris).
Membres : MM. Beau, Henri (de Paris) ; Bidegaray (de Courbevoie) ; Dansaert, P. (de Saint-Denis) ; Drouet, Georges (de Paris ; Léchelle, Paul (de Paris) ; Lenègre-Thourin (de Paris) ; Lenormant, Charles (de Paris) ; Leroux, Louis (de Paris) ; Lumière F. (de Paris) ; Oberlin, Serge (de Paris) ; Rabut, Robert (de Paris ; Jean Regaud (de Paris) ; Sorin, Louis (du Bourget) ; Wolfromm G. (de Paris).

Seine-et-Oise. — *Président :* M. Ducuing, Jean (de Versailles).
Membres : MM. Larget, Maurice (de Saint-Germain) ; Humbel, Louis (de Poissy) ; Mackiewicz, Charles (de Juvisy) ; Bisot, André (de Forges-les-Bains) ; Butin, Georges (de Pontoise) ; Breton, Marc (de Pontoise) ; Grenier, Jacques (de Maisons-Laffitte) ; Lumière, Max (d'Argenteuil) ; Remilly, André (de Versailles) ; Dresch Pierre (de Rambouillet) ; Bravy, Marcel (de Rosny-sur-Seine).

Ain. — *Président :* M. Duby (Bourg-en-Bresse).
Membres : MM. Louis Pélicand (Bourg) ; Pierre Convert (Bourg); Philippe Girardot (Belley) ; Paul Brette (Hauteville) ; Rigaud (Saint-Rambert) ; Clément Desbos (Trevoux).

Aisne. — *Président :* M. Lemarchal (Laon).
Membres : MM. Bachy (St-Quentin) ; François, Paul (Bohain) ; Glorion (Château-Thierry) ; Marquet (Soissons) ; Mathie (Saint-Quentin).

Allier. — *Président :* M. Paul Dufour (Vichy).
Membres. — MM. Maurice Tabutin (Moulins) ; Pierre Mercier (Montluçon) ; Albert Perrin (La Palisse) ; Joseph Gibert (Commentry) ; Marius Dessert (Montaiguet) ; Georges Huguet (Saint-Pourçain) ; Henri Walter (Vichy).

Alpes-Basses. — *Président :* M. Jouve, Paul (Digne).
Membres : MM. Caire (Manosque) ; Devars (Barcelonnette) ; Nalin (Forcalquier) ; Tron (Forcalquier).

Alpes-Hautes. — *Président :* M. Coronat (Gap).
Membres : MM. Blanc, Eugène (Embrun) ; Mayoly (Gap) ; Para (Chabottes) ; Taravellier (Briançon).

Alpes-Maritimes. — *Président :* M. Figueira (Nice).
Membres : MM. Barillet (Antibes) ; Bourgeois-Gavardin (Cannes); Bufnoir (Cannes) ; Carcopino (Nice) ; Carlotti, Ph. (Nice) ; Colomban (Grasse) ; Giovanni (Nice) ; Lafarge, Jean (Nice) ; Senes (Vallauris).

Ardèche. — *Président :* M. Bourret (Privas).
Membres : MM. Bouzol (Cheylard) ; Cadet (Tournon) ; Cleu (Aubenas) ; Giraud (Annonay) ; Tourasse (Saint-Agrève).

Ardennes. — *Président :* M. Baudoin (Charleville).
Membres : MM. Belotte (Vivier au Court) ; Maquet (Grand-Pré) ; Martin, André (Revin) ; Tilman, P. (Charleville) ; Vassal, Louis (Charleville) ; Vilte, Henri (Vrigne-aux-Bois).

Ariège. — *Président :* M. Lestrade (Foix).
Membres : MM. Nigoul (Saverdin) ; Roquejoffre (Pamiers) ; Roques, Fr.-I. (Mirepoix) ; Brunet (Foix).

Aube. — *Président :* M. Gur (Troyes).
Membres : MM. Chazelnoel (Plancy) ; Blouet (Troyes) ; Lefebvre, A. (Bar-sur-Aube) ; Mauguière, André (Troyes) ; Pucheu (Romilly).

Aude. — *Président :* M. Gibert, Martial (Narbonne).
Membres : MM. Artigues, Pierre (Narbonne) ; Coffinières, Jacques (Castelnaudary) ; Fouchet, P. (Lézignan) ; Lalaurie (Cuxac d'Aude) ; Prax, A. (Limoux) ; Soum, Ph. (Carcassonne).

Aveyron. — *Président :* M. Garrigues (Rodez).
Membres : MM. Bonnefous (Rodez) ; Capoulade (Espalion) ; Cochy de Moncan (Saint-Sernin) ; Lagarde (Decazeville) ; Olier (Aguessac) ; Verdier, André (Millau).

Bouches-du-Rhône. — *Président :* M. Mourgues (Marseille).
Membres : MM. Charpin, Elisée (Aix) ; Chassy, Jean (Arles) ; Combes, Jean (Marseille) ; Fiolle, Paul (Marseille) ; Laplane, Louis (Marseille) ; Leroy, Edgar (Saint-Rémy) ; Marcorelles, Amédée (Marseille) ; Moiroud, Pierre (Marseille) ; Simon, Jean (Marseille) ; Vallette, P. (Marseille).

Calvados. — *Président :* M. Lecornu, Pierre (Caen).
Membres : MM. Caillouc (Falaise) ; Colombe (Lisieux) ; Gallot, Georges (Honfleur) ; Le Rasle, Henri (Caen) ; Moles, R. (Cabourg) ; Serre (Colombelles).

Cantal. — *Président :* M. Girou (Aurillac).
Membres : MM. Delort (Saint-Flour) ; Dupuy, Raymond (Aurillac) ; Mezard, Jean (Aurillac) ; Talandier (Mauriac).

Charente. — *Président :* M. Brothier, Oscar (Villefagnan).
Membres : MM. Decressac, Jean (Angoulême) ; Duroselle (Angoulême) ; Fau, Georges (Cognac) ; Girard, I.-L.-M. (Confolens) ; Harmand (Cognac).

Charente-Inférieure. — *Président :* M. Barraud, Georges (Chatelaillon).
Membres : MM. Demarque, Raymond (Rochefort) ; Hude, Henri (Saintes) ; Jonchères, Jean (Saintes) ; Muffat, René (Saintes) ; Monod, Max (Saintes) ; Torlais, Jean (La Rochelle).

Cher. — *Président :* M. Eschbach, Henri (Bourges).
Membres : MM. Chamaillard, Pierre (Aix d'Angillon) ; Marchand, I.-M. (Sancergues) ; Pasquet (Bourges) ; Vion, Robert (Mehun-sur-Yèvre) ; Malgras, Pierre (Bourges).

Corrèze. — *Président :* M. Lacoste, Jacques (Tulle).
Membres : MM. Belcour (Ussel) ; Coussieu, Pierre (Brive) ; Fleyssac (Treignac) ; Verdeaux (Bugeat).

Corse. — *Président :* M. Da Passano, Jean (Ajaccio).
Membres : MM. Abbatucci (Bastia) ; Colombani (Ile-Rousse) ; Dufour, Paul (Bastia) ; Suzini, Marc (Sartène) ; Vincentelli (Calenzana).

Côte-d'Or. — *Président :* M. Petitjean (Dijon).
Membres : MM. Deguignand, Louis (Dijon) ; Florentin (Brétigny-en-Dijon) ; Fonteray, Jean (Mont-Saint-Jean) ; Jasey, Marcel (Saumur-en-Auxois) ; Megret, Robert (Dijon) ; Poisot, Marcel (Beaune).

Côtes-du-Nord. — *Président :* M. Hulin (Guimgamp).
Membres : MM. Blecon, M.-S. (Uzel) ; Druais, Jacques (Saint-Brieuc) ; Legrand, Lucien (Dinan) ; Le Gueut, François (Tréguier); Pedron, A. (Saint-Brieuc) ; Tessier, Gustave (Saint-Brieuc).

Creuse. — *Président :* M. Bresard (Guéret).
Membres : MM. Butaud, Jean (Bourganeuf) ; Dupic (Aubusson) ; Ladure (Boussac) ; Montagne (Chambon-sur-Voueize).

Dordogne. — *Président :* M. Gargaud, Pol. (Périgueux).
Membres : MM. Debenais, Henri (Roche-Chalais) ; Deguiral, R.-E. (Sarlat) ; Durieux, Jean (Thiviers) ; Gaillard, H.-P. (Périgueux) ; Lacoste, Georges (Périgueux) ; Pautrier (Clairvivre) ; Du Seutre, Marie-Auguste (Bergerac).

Doubs. — *Président :* M. Baufle (Besançon).
Membres. — MM. Duvernoy (Valentigney) ; Gomet (Besançon) ; Perequin, S. (Seloncourt) ; Picard, père (Morteau) ; Robin, Victor (Montbrisson) ; Tisserand (Besançon) ; Volmat (Besançon).

Drôme. — *Président :* M. Coste, J. (Anneyron).
Membres : MM. Chevalier-Seyvet (Romans) ; Didier, L. (Bourg-de-Péage) ; Eynard, G. (Saint-Nazaire-en-Royans) ; Morel, J. (Romans) ; Perrier (Valence).

Eure. — *Président :* M. Fabre, Georges (Verneuil).
Membres : MM. Bergouignan, Louis (Evreux) ; Camus, J.-Pierre

(La Barre-en-Ouche) ; Champeaux, Daniel (Bourth) ; Clément, François (Vernon) ; Rougeulle (Evreux) ; Wagner, Félix (Lieurey).

Eure-et-Loir. — *Président :* M. Fayolle (Chartres).
Membres : MM. Paul Foulon (Chartres) ; Maurice Frédet (Chartres) ; J.-P. Carlotti (Auneau) ; Jean Pauchard (Nogent-le-Roi) ; Durand (Courville) ; Dugue (Dreux) ; Trouvé (Châteaudun).

Finistère. — *Président :* M. Jean Renault (Quimper).
Membres : MM. R. Philippon (Brest) ; Alban Bienvenue (Brest) ; Vourch (Plomodiern) ; Yves Mevel (Quimper) ; H.-L. Richard (Rosporden) ; Guillaume Savina (Pont-Croix).

Gard. — *Président :* M. Reynaud, Maurice (Nîmes).
Membres : MM. Blanchard (Uzès) ; Chabrol, Henri (Alès) ; Coste, Maurice (Nîmes) ; Roujon, René (Sumène) ; Sollier (Nîmes) ; Vincent, Max (Nîmes).

Haute-Garonne. — *Président :* M. Rocques (Toulouse).
Membres : MM. Alfaric (Cugnaux) Armaing, G. (Plaisance) ; Aversenq, J.-P. (Toulouse) ; Cavalié, Jean (Toulouse) ; Chauson, J. (Fronton) ; Deumie (Toulouse) ; Gandy (Saint-Gaudens) ; Riser (Toulouse).

Gers. — *Président :* M. Lestrade, L. (Auch).
Membres : MM. Angèle (Gimont) ; Perrier, L. (Plaisance) ; Sardac (Lectoure) ; Soubiran (Auch).

Gironde. — *Président :* M. Pierre Mauriac (Bordeaux).
Membres : MM. Emile Aubertin (Bordeaux) ; Boisserie-Lacroix (Bordeaux) ; Etienne Loubat (Bordeaux) ; Pierre Lafargue (Bordeaux) ; Clément Micheleau (Coutras) ; Paul Delaye (Le Bouscat) ; Maurice Darasse (La Teste) ; Pierre Soubiran (Bazas) ; E.-M. Le Barazer (Saint-Emilion) ; Noël Moreau (Bordeaux) ; André Dufranc (Labrède).

Hérault. — *Président :* M. Jeanbrau (Montpellier).
Membres : MM. Etienne, Ed. (Montpellier) ; Guirauden, Th. (Sète) ; Jaulme, F. (Ganges) ; Marchand, Louis (Béziers) ; Mourrut E. (Béziers) ; Poulaud, Jules (Clermont) ; Reveilhe, Pierre (Montpellier) ; Roux, G. (Montpellier).

Ille-et-Vilaine. — *Président :* M. Le Damany (Rennes).
Membres : MM. P. Hardouin (Rennes) ; Raymond Dufresne (Saint-Malo) ; Paul Aubry (Saint-Malo) ; Henri Massot (Rennes) ; Ferdinand Chevrel (Rennes) ; Michel Jourdain (Saint-Servan).

Indre. — *Président :* M. Robert, Louis (Issoudun).
Membres : MM. Asselin, J. (Châteauroux) ; Chataignon (Valençay) ; Deboulay (Châteauroux) ; Felix, Maurice (Châteauroux) ; Garnier (Issoudun).

Indre-et-Loire. — *Président :* M. Mahoudeau, Albert (Amboise).
Membres : MM. Abribat, F. (Saint-Flovier) ; Brée, E. (Chateau-Renault) ; Cosse (Tours) ; Desbuquois (Tours) ; Gaudeau, D. (Tours) ; Salmon, Jean (Tours) ; Desnoyelle, Lucien (Tours).

Isère. — *Membres :* MM. Albert Bonniot (Grenoble) ; Jean Corneloup (Grenoble) ; Georges Arnaud (Grenoble) ; Ferdinand Sappey (Grenoble) ; Maurice Gerin (Rives) ; Gaston Barbier (Beaurepaire) ; Daniel Douady (Sanatorium St-Hilaire-Trouvet) ; Henry (Vienne).

Jura. — *Président :* M. Mermet (Lons-le-Saulnier).
Membres : MM. Chancenotte, Robert (Fraisans) ; Duponchel (Dôle) ; Jouvet, Louis (Lons-le-Saulnier) ; Romand-Monnier, J. (Lons-le-Saulnier) ; Sigaud (Saint-Claude).

Landes. — *Président :* M. Beaumont, Léon (Geaune).
Membres : MM. Daydrein, Pierre (Mont-de-Marsan) ; Estival, J. (Castelts) ; Gauzère, Gabriel (Tartas) ; Lamothe, J. (Roquefort) ; Labrouza, Pierre (Dax).

Loir-et-Cher. — *Président :* M. Montagne (Cour Cheverny).
Membres : MM. Audy, Francis (Huisseau-sur-Cosson) ; Filloux (Contres) ; Gamard, R. (Montoire-sur-Loir) ; Laurent, Louis (Romorantin) ; Lefranc, Pierre (Blois) ; Luzuy, M. (Blois) ; Triau, fils (Vendôme).

Loire. — *Président :* M. Charles Laurent (Saint-Etienne).
Membres : MM. André Berard (Saint-Etienne) ; Gignoux (Saint-Etienne) ; Maurice Thiollier (Saint-Etienne) ; Bollet-Donat (Roche-la-Molière) ; Rigot (Saint-Chamond) ; Vitaud (Charlieu) ; Claude Bouysset (Roanne) ; Dupayrat (Montbrison).

Haute-Loire. — *Président :* M. Maleysson, M. (Le Puy).
Membres : MM. Boncompain (Yssingeaux) ; Durand (Le Puy) ; Gigante (Sainte-Florine) ; Kaeppelin (Le Puy) ; Riou, Albert (Chambon-sur-Lignon).

Loire-Inférieure. — *Président :* M. Favreul, G. (Nantes).
Membres : MM. Auvigne, R. (Nantes) ; Ballet, B. (Nantes) ; Bureau, Y. (Nantes) ; Chollet (Vertou) ; Ertaud, E. (Nantes) ; Giroire, Henri (Nantes) ; Goubin, L. (Chateaubriant) ; Machefer, Michel (Nantes) ; Marchand (Saint-Nazaire) ; Pacreau (Saint-Nazaire) ; Pouzin-Malegue, Mme (Nantes).

Loiret. — *Président :* M. Mezy (Orléans).
Membres : MM. Falaize (Orléans) ; Guerin (Cépoy) ; Levassor (Montargis) ; Luizy (Orléans) ; Merry (Gien).

Lot. — *Président :* M. Constant, Edouard (Payrac).
Membres : MM. Ayzac (Gourdon) ; Besse (Cahors) ; De Lapize Cahors) ; Delclaux (Figeac).

Lot-et-Garonne. — *Président :* M. Duhamel, J. (Agen).
Membres : MM. Benquet, Georges (Nérac) ; Corcelle (Agen) ; Delmas (Agen) ; Dubarry (Casteljaloux) ; Reilhac (Clairac).

Lozère. — *Président :* M. Morel, C. (Mende).
Membres : MM. Almeyras, C. (Villefort) ; Delagrange, Mlle (Mende) ; Fleury de la Ruelle (Marvejols) ; Joly (Mende).

Maine-et-Loire. — *Président :* M. Bigot, Ch. (Angers).
Membres : MM. Desvaux, fils (Angers) ; Gory, R. (Denée) ; Menard (Bécon) ; Richard, R. (Saumur) ; Sourice (Lion-d'Angers) ; Testard (Angers) ; Veillon (Cholet).

Manche. — *Président :* M. Em. Viel (Cherbourg).
Membres : MM. Valleteau de Mouilhac (Cherbourg) ; Le Borgne (Granville) ; Etienne Fauvel (Coutances) ; Alfred Le Breton (Avranches) ; C. Lefèvre (Serizy-la-Forêt) ; P. Oblin (Saint-Lô).

Marne. — *Président :* M. Railliet, Georges (Reims).
Membres : MM. Baye, Ch. (Damery) ; Chatelin (Reims) ; Chevallier, André (Vitry-le-François) ; Jacquinet (Reims) ; Lagey, P. (Vitry-la-Ville) ; Priollet, J. (Chalons-sur-Marne) ; Villede (Reims).

Haute-Marne. — *Président :* M. Molly (Bourbonne-les-Bains).
Membres : MM. Cavalier, P.-J. (Langres) ; Chardin (Saint-Dizier) ; Kesseler (Chaumont) ; Maillefert, Gaston (Chalindrey).

Mayenne. — *Président :* M. Amandrut (Laval).
Membres : MM. Aubin, Ch. (Laval) ; Cumin, A. (Javron) ; Daniel (Gorron) ; Lecuit, P. (Château-Gontier).

Meurthe-et-Moselle. — *Président :* M. de Vezeaux de Lavergne (Nancy).
Membres : MM. Bodard (Pont-à-Mousson) ; Mathieu (Nancy) ; Mutel (Nancy) ; Rothau (Toul) ; Tabellion (Saint-Nicolas-du-Port) ; Thomas, M. (Blamont).

Meuse. — *Président :* M. Maillard, Paul (Commercy).
Membres : MM. Adnet, Jean (Saint-Mihiel) ; Guedon (Verdun) ; Joyeux, Marcel (Bar-le-Duc) ; Marly, Georges (Ligny-en-Barrois) ; Pierson, Emile (Saint-Mihiel).

Morbihan. — *Président :* M. Frédéric Augé (Lorient).
Membres : MM. Lepipe (Lorient) ; André Waquet (Auray) ; Michel Denarie (Vannes) ; Hip. Geniaux (Ploermel) ; Louis Picaud (Nivillac) ; Jean Salomon (Vannes).

Nièvre. — *Président :* M. Rollin, Marie (Nevers).
Membres : MM. Beaufils (Moulins-Engilbert) ; Charpentier (Prémery) ; Le Droumaguet (Nevers) ; Mahieu, Henri (Nevers) ; Roy, J. (Saint-Benin-d'Azy).

Nord. — *Président :* M. Duhot (Lille).
Membres : MM. Delannoy (Lille) ; Flouquet (Malo-les-Bains) ; Laffineur (Maubeuge) ; Langeron (Lille) ; Lemaître (Lille) ; Leplat G. (Roubaix) ; Monnier (Douai) ; Pluvinage (Marcoing) ; Pruvost, fils (Valenciennes) ; Turlur (Tourcoing) ; Roussel, F. (Comines) ; Lepoutre (Lille).

Oise. — *Président :* M. Beranger, André (Beauvais).
Membres : MM. Bataille, J. (Chaumont-en-Vexin) ; Blanc (Chantilly) ; Debray, Georges (Creil) ; Delie (Beauvais) ; Poissonnier (Beauvais) ; Wurtz (Compiègne).

Orne. — *Président :* M. Eltrich, P. (Alençon).
Membres : MM. Boullard (Vimoutiers) ; Couder (Alençon) ; Griveaud (Flers) ; Idoux, Georges (Alençon) ; Louvel (Tessé-la-Madeleine) ; Roux (Céaucé).

Pas-de-Calais. — *Président :* M. Berche, Aymé (Béthune).
Membres : MM. Cambier, Jules (Lens) ; Delecour, Constant (Noyelle-sur-Lens) ; Devulder (Boulogne) ; Lamoril, J. (Saint-Pol) ; Leclercq (Arras) ; Leconte, Charles (Calais) ; Quénée, André (Béthune) ; Waltez, Omer (Hénin-Liétard) ; Willot (Lens).

Puy-de-Dome. — *Président :* M. Merle, Emile (Clermont-Ferrand).
Membres : MM. Dechambre (Clermont-Ferrand) ; Fichot (Clermont-Ferrand) ; Genillier (Sauxillanges) ; Labesse (Durol) ; Luton (Clermont-Ferrand) ; Pakowski (Clermont-Ferrand) ; Perpere (Mont-Dore) ; Richard (Royat) ; De Villancourt (Ambert).

Basses-Pyrénées. — *Président :* M. Henri Meunier (Pau).
Membres : MM. Etienne David (Sallies-de-Béarn) ; Pierre Leymarie (Bayonne) ; André Lafaille (Bayonne) ; Perret (Bayonne) ; Paul Aris (Pau) ; Leremboure (Saint-Jean-de-Luz) ; Bouffard (Pau) ; Jean Brusset (Bayonne).

Hautes-Pyrénées. — *Président :* M. Dellon (Tarbes).
Membres : MM. Bergugnat (Argelès) ; Castets (Tarbes) ; Ducastaing (Tarbes) ; Thierry (Cauteret).

Pyrénées-Orientales. — *Président :* M. Baillat, Georges (Perpignan).
Membres : MM. Baux (Perpignan) ; Bes (Port-Vendres) ; Cortade (Céret) ; Ducos (Perpignan) ; Pougault (Maury).

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine**.

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cysréinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*

RHONE. — *Président* : M. Louis Gallavardin (Lyon).
Membres : MM. Paul Savy (Lyon) ; Georges Mouriquand (Lyon) ; Paul Santy (Lyon) ; Lucien Genet (Lyon) ; Delorme (Lyon); Jean Lacroix (Villeurbanne); Jean Passot (Lyon); Auguste Charvet (Villefranche) ; Paul Lepine (Belleville) ; Henri Moindrot (Fontaine-sur-Saône).

SAVOIE. — *Président* : M. Louis Blanc (Chambéry).
Membres : MM. François Cléret (Chambéry) ; Alfred Masson (Chambéry) ; Louis Folliet (Aix-les-Bains) ; Henri Brachet (Albertville) ; Amédée Debauge (Saint-Genix-sur-Guiers) ; Jacques Clerc (Saint-Pierre d'Albigny).

HAUTE-SAVOIE. — *Président* : M. L.-I. Gelas (Thonon-les-Bains).
Membres : MM. Jean Cons (Annecy) ; A. Francina (Evian) ; Auguste Pelloux (La Roche-sur-Foron) ; Paul Gay (Saint-Jeoire-Faucigny).

HAUTE-SAÔNE ET BELFORT. — *Président* : M. Engelhard (Luxeuil).
Membres : MM. Bertrand (Lure) ; Bourquart (Belfort) ; Courtot (Delle) ; Duchet-Suchaux (Vesoul) ; Juilliard (Rioz) ; Lallemand (Héricourt) ; Tupin (Gray).

SAÔNE-ET-LOIRE. — *Pésident* : M. Ozanon (Romenay).
Membres : MM. Armand, Charles (Mâcon) ; Aubery (Paray-le-Monial) ; Durand (Châlons-sur-Saône) ; Lagoutte (Le Creusot) ; Michel (Lugny) ; Nourrissat (Saint-Bonnet-de-Joux) ; Renaud (Autun).

SARTHE. — *Président* : M. Mordret (Le Mans).
Membres : MM. Allain (Téloché) ; Barbe (Le Mans) ; Gallouedec (Parigné-l'Evêque) ; Lecat (Bonnétable) ; Fontaine (Sillé-le-Guillaume) ; Nicolle (Le Mans).

SEINE-INFÉRIEURE. — *Président* : M. Dévé (Rouen).
Membres : MM. Auperin (La Mailleraye) ; Delgove (Neufchatel-en-Bray) ; Dessaint (Rouen) ; Fidelin, Robert (Etretat) ; Florion (Lillebonne) ; Gibert, Marc (Le Havre) ; Lechaux (Le Havre) ; Payenneville (Rouen) ; Savigny (Fécamp).

SEINE-ET-MARNE. — *Président* : M. Puig (Choisy-en-Brie).
Membres. — MM. Battesti (Chapelle-la-Reine) ; Beau, J. (Montereau) ; Fontaine (Melun) ; Paley (Tournan) ; Simon (Couilly) ; Tixier (Rebais).

DEUX-SÈVRES. — *Président* : M. Joubert, Gustave (Niort).
Membres : MM. Bourc, Alexandre (Airvault) ; Dupain (Saint-Maixent) ; Frere, Paul (Argenton-l'Eglise) ; Guyonnet, Léon (Saint-Maixent) ; Saint-Paul, Norbert (Niort); Suire, Pierre (Niort).

SOMME. — *Président* : M. Hautefeuille (Amiens).
Membres : MM. Caraven, Jean (Amiens) ; Carton (Flixecourt) ; Fernet (Albert) ; Poulain (Amiens) ; Rinuy (Flesselles) ; Vasselle (Amiens).

TARN. — *Président* : M. Ducoudray (Albi).
Membres : MM. Clermont, Louis (Villefranche d'Albi) ; Goure, Pierre (Castres) ; Lonjou, Pierre (Castres) ; Mimart (Saint-Pierre de Trévisy) ; Priou (Lavaur).

TARN-ET-GARONNE. — *Président* : M. Méric de Bellefon, Laurent (Montauban).
Membres : MM. Bernard, Louis (Bourg-de-Visa) ; Bosc, Louis (Lafrançaise) ; Girot (Castelsarrasin) ; Manhavialle (Montauban) ; Philip (Montauban).

VAR. — *Président* : M. Laure (Toulon).
Membres : MM. Clément (Saint-Raphaël) ; Girard, Ch., (Draguignan) ; Jamin (Toulon) ; Longchamp (Toulon) ; Robin (Hyères) ; Salvetti (Cogolin) ; Villechaise (Toulon).

VAUCLUSE. — *Président* : M. Stefani (Avignon).
Membres : MM. Badier (Apt) ; Casella (Valréas) ; Chabert (Cavaillon) ; Godlewski (Sorgues) ; Grimaud (Carpentras) ; Masquin (Avignon) ; Rochette (Orange).

VENDÉE. — *Président* : M. Choyau (La Roche-sur-Yon).
Membres : MM. Henrot (Challans) ; Laforge (Fontenay-le-Comte) ; Mignen (Pouzauges) ; Simonin (La Roche-sur-Yon) ; Thebaud (Les Sables-d'Olonnes) ; Allaud (Fontenay-le-Comte).

VIENNE. — *Président* : M. Barnsby (Poitiers).
Membres : MM. Ferrarris (Saint-Sauvan) ; Maisondieu (Trimouille) ; Michiels, J. (Chauvigny) ; Pasqueron de Fommervault (Nieuil-l'Espoir) ; Perdoux (Poitiers) ; de Vezeaux de Lavergne (Montmorillon) ; Vincent (Poitiers).

HAUTE-VIENNE. — *Président* : M. Filhoulaud (Limoges).
Membres : MM. Debelut (Châteauponsac) ; Fouriaud (Peyrat-le-Château) ; Jagot Lacoussière (Saint-Léonard) ; Jumeaux-Lafond (Nexon) ; Lory, Georges (Limoges).

VOSGES. — *Président* : M. Laflotte (Epinal).
Membres : MM. Gerard (Saint-Dié) ; Hoummel (Remiremont) ; Hutin (Epinal) ; Manteaux (Epinal) ; Richaud (Bulgnéville) ; Stieffel (Plombières).

YONNE. — *Président* : M. Picquet (Sens).
Membres : MM. Cornet (Auxerre) ; Formont (Ligny-le-Chatel) ; Gache (Villefrance) ; Kocchlin (Avallon) ; Matignon (Saint-Julien du Sault) ; Schwartz (Sens).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 février 1941

M. le Président annonce la mort de M. Béhal, ancien président de l'Académie.

A propos du procès-verbal. — M. Lapicque apporte quelques remarques sur *l'emploi de la saccharine*. Il rappelle qu'il a déjà signalé son absence de nocivité lorsqu'elle est associée avec le sucre. On doit donc l'utiliser *avec* la ration de sucre et non en alternant avec le sucre. Il préconise, enfin, l'emploi du glucose sacchariné.

Notice nécrologique. — M. Lereboullet lit une notice consacrée à M. Henri Meige.

Dilatation congénitale de l'artère pulmonaire. — MM. Ch. Laubry et D. Routier apportent et analysent 35 cas personnels, dont 8 autopsiés, centrés sur un syndrome radiologique décrit par les auteurs nord et sud américains comme caractéristique de la communication interauriculaire. La silhouette cardio-pédiculaire se présente comme suit : important débord droit, arc moyen saillant, bombé, pulsatile, larges ombres hilaires fortement expansives, hémicercle aortique petit ou invisible.

Les auteurs montrent par leur statistique, complétée par celles d'autres auteurs qui ont étudié la question, que cet aspect radiologique n'est pas le fait de la communication interauriculaire, mais d'une disposition particulière de l'artère pulmonaire, congénitalement grosse, en contraste avec une aorte congénitalement petite.

La communication interauriculaire accompagne quelquefois (25 %) cette modification architecturale de deux gros vaisseaux, mais elle n'intervient, ni dans la morphologie si particulière du cœur, ni dans la production des signes fonctionnels (cyanose) ou objectifs (souffles).

Les signes fonctionnels, cyanose et dyspnée, sont tardifs. La cyanose s'accompagne d'une polyglobulie réactionnelle, souvent fort intense, et de modifications rétiniennes accentuées.

Les signes stéthoscopiques sont fonction de la grosse dilatation pulmonaire, et de la surcharge de la petite circulation : soulèvement palpatoire des 2e et 3e espaces intercostaux gauche, double souffle et souffle diastolique ou systolique circonscrits de cette région.

L'évolution se fait tantôt vers l'insuffisance ventriculaire droite avec ou sans artérite pulmonaire; tantôt vers une pneumonie aiguë ou subaiguë qui entraîne la mort à plus ou moins longue échéance.

Nécessité d'une organisation prophylactique et thérapeutique contre les intoxications par l'oxyde de carbone. — M. Ch. Flandin analyse les causes de l'augmentation progressive des cas d'intoxication par l'oxyde de carbone et examine les moyens d'y remédier.

Le gaz d'éclairage a triplé son pourcentage de gaz à l'eau (20 % au lieu de 6 à 7 %), c'est-à-dire de CO ; de ce fait, son odeur est devenue presque nulle. Il est nécessaire de rendre au gaz d'éclairage une odeur révélatrice en cas de fuite.

Il est aussi nécessaire de supprimer les variations de pression qui entraînent, trop souvent, une extinction de flamme que rien ne révèle.

Les canalisations, les raccords, les robinets, les appareils, souvent vieux et défectueux, les tuyaux d'échappement, la ventilation doivent faire l'objet d'une vérification et d'un contrôle périodique par les services compétents.

Les appareils à combustion lente de charbon et de bois sont tous des sources de CO. De même, les cheminées qui peuvent présenter des fissures par où le CO peut aller empoisonner des étages où il n'y a pas de feu.

La thérapeutique de l'intoxication oxycarbonée repose sur l'inhalation précoce, continue prolongée, d'oxygène pur ou de carbogène nécessitant une organisation comportant un matériel convenable et un personnel exercé.

M. Flandin attire enfin l'attention sur les petits signes de l'intoxication oxycarbonée : céphalée, vertiges, troubles oculaires, troubles digestifs, lourdeur des membres, inaptitude au travail. Ils doivent alerter le médecin et l'amener à faire rechercher une source d'oxyde de carbone dans les locaux d'habitation ou de travail.

Constitution antigénique, virulence et pouvoir vaccinant du bacille typhique. — M. André Boivin. — Contrairement à l'immense majorité des bactéries à Gram négatif, le bacille typhique peut porter simultanément deux antigènes glucido-lipidiques distincts, séparables par voie chimique et représentant, au total, l'endotoxine du germe. Ces deux antigènes répondent respectivement à l'antigène O classique et à l'antigène Vi (Felix) de la bactérie. On connaît des variantes ne renfermant que l'un ou l'autre seulement de ces deux antigènes et des variantes n'en renfermant aucun.

La présence simultanée des deux antigènes glucido-lipidiques O et Vi est une condition nécessaire, mais non toujours suffisante pour que le bacille d'Eberth soit de haute virulence, pour la souris.

Les antigènes glucido-lipidiques O et Vi représentent les principes responsables de l'action vaccinante du bacille d'Eberth. Il suffit de mettre en œuvre l'un seulement d'entre eux (O ou Vi au choix) pour vacciner efficacement la souris contre l'infection éberthienne expérimentale par des souches de virulence maxima. Tout aussi bien, il suffit qu'intervienne l'un seulement des deux anticorps O et Vi, pour que s'exerce une action anti-infectieuse marquée. Un vaccin efficace pourrait, à la rigueur, être préparé avec une souche ne renfermant que le seul antigène O (souche de collection ayant perdu son antigène Vi). Mais il est beaucoup plus sûr d'utiliser une souche de récent isolement, contenant à la fois l'antigène O et l'antigène Vi. De la sorte, peut s'exercer non seulement une action anti-infectieuse portée au maximum, mais encore une action anti-endotoxique complète.

Election de deux membres correspondants nationaux dans la première division (médecine et spécialités médicales). — MM. Cottet (d'Evian) et Cornil, doyen de la Faculté de Médecine de Marseille, sont élus.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 13-14. — 12-15 FEVRIER 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination aux places d'élèves *interne en pharmacie*, vacantes le 15 octobre 1941, sera ouvert, le mardi 22 avril 1941, à 10 heures du matin, à la Faculté de Pharmacie de l'Université de Paris, 4, avenue de l'Observtoire.

Inscriptions à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de Santé), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 16 h. 30, du 10 au 26 mars inclusivement.

Faculté de Médecine de Paris. — TRAVAUX PRATIQUES SUPPLÉMENTAIRES D'HISTOLOGIE. — Une série de travaux pratiques supplémentaires pour la *première année* aura lieu, chaque jour, à 16 heures, du samedi 1er mars inclus au samedi 15 mars 1941.

Sont admis : 1° Les étudiants ayant leurs travaux pratiques validés, qui désirent faire une révision de ces travaux pratiques.

2° Les étudiants n'ayant pas leurs travaux validés par suite d'absences justifiées ou de maladie, de retard d'inscription ou autres motifs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat, guichet 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 150 francs.

Les étudiants n'ayant manqué qu'une partie des séances et n'ayant à compléter qu'un nombre de séances inférieur à 6, et ayant, d'autre part, une note d'interrogation de T. P. suffisante, seront admis à compléter les séances qui leur manquent moyennant un droit d'inscription partielle de 75 francs.

— M. Sénèque, agrégé, est renouvelé pour 3 ans, sous-directeur des travaux pratiques de médecine opératoire.

— Sont nommés chef de travaux titulaires : MM. les Drs Busser (anatomie pathologique) et Desportes (parasitologie).

Secrétariat général de la Famille et de la Santé. — SANATORIA. — M. le Dr Viallet est nommé, à titre provisoire, médecin adjoint au sanatorium F.-Mercier, à Tronget (Allier).

— Mlle le Dr de Loeschnigg, médecin adjoint au sanatorium de Felleries-Liessies (Nord), est affectée, à titre provisoire, en la même qualité, aux sanatoria de la Seine, à Hauteville (Ain).

— Mlle le Dr Renie, médecin adjoint au santorium de la Bucaille, est affectée, à titre provisoire, en la même qualité, au sanatorium de La Chapelle-des-Pots (Charente-Inférieure).

(*J. O.*, 25 janvier 1941.)

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. le Dr Frey, médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin), est affecté, à titre provisoire, en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Cayssiols (Aveyron), en remplacement de M. le Dr Rougean, appelé à d'autres fonctions.

M. le Dr Devallet, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord), est affecté, à titre provisoire, en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique d'Alençon (Orne), en remplacement de Mme le Dr Bonafous, mise en disponibilité sur sa demande.

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Petitmaire, directeur du bureau municipal d'hygiène de Neuilly-sur-Seine, est nommé, à titre temporaire, médecin inspecteur de la santé de Seine-et-Marne, en remplacement de M. le Dr Vidal, appelé à d'autres fonctions.

(*J. O.*, 29 janvier 1941.)

Légion d'honneur. — Guerre. — *Réserve.* — Sont inscrits au tableau spécial de la Légion d'honneur, pour chevaliers :

MM. Théodore Casalis, méd. comm., région de Paris ; Pierre Plaziat, méd. comm., 18e région ; Pierre Barrère, méd. comm., région de Paris ; Pierre Garcin, méd. cap., 5e région ; Pierre Jacob, méd. comm., 5e région ; Auguste Burnier, méd. comm., région de Paris ; Louis Wiart, méd. cap., 3e région ; Léon Grand-gérard, méd. comm., 20e région ; Auguste Cuvillier, méd. comm., région de Paris ; Alfred Legris, méd. comm., 18e région ; Martial Beauvieux, méd. comm. 18e région ; Meyer Bollack, méd. comm., région de Paris ; Edouard Duru, méd. comm., région de Paris ; Henri Camino, méd. cap., 18e région ; Jean Lapeyronie, méd. comm., 18e région ; André Touchard, méd. cap., région de Paris ; Alexandre Mollet, méd. cap., région de Paris ; Charles Feuillette, méd. comm., 2e région ; Joseph Doucet-Bon, méd. comm., 14e région ; Louis Ribereau, méd. comm., région de Paris ; Paul Lafont, méd. comm., région de Paris ; Jean Masse, méd. cap., 3e région ; Lucien Lamy, méd. cap., région de Paris ; Georges Détré, méd. comm., 5e région ; Marcel Alberti, méd. cap., 19e région ; Jean Carte, méd. comm., région de Paris ; Georges Cousin, méd. comm., région de Paris ; Jean Siauve, méd. comm., 1re région ; Jean Zislin, méd. comm., région de Paris ; Quériaud, méd. comm., région de Paris ; Maxime Leroy, méd. cap., région de Paris ; Maurice Gilson, méd. cap., région de Paris ; René Mathieu, méd. cap., région de Paris ; Emile Vayssière, méd. lieut.-col., 15e région ; Maurice Roger, méd., cap., région de Paris ; Jacques Petit, méd. comm., 3e région ; Pierre Abribat, méd. comm., 9e région ; Max François, méd. comm., région de Paris ; Henri Verdier, méd. cap., région de Paris; Ludovic Cassard, méd. comm., 11e région ; Bertrand Lesca, méd. cap., 18e région ; Gaston Jeanson, méd. comm., 6e région ; Georges Guignard, méd. cap., région de Paris ; Albert Fège, méd. cap., région de Paris ; Louis Vincent, méd. comm., 14e région ; Jean Manens, méd. cap., 17e région ; Maurice Meynadier, méd. comm., troupes du Maroc ; Albert Durand, méd. cap., 16e région ; Mathieu Mougneau, méd. cap., 18e région ; Ferdinand Dauplais, méd. cap., 20e région ; Robert Marois, méd. cap., région de Paris ; Francisque Sigaux, méd. comm., 7e région ; Fernand Rousseau, méd. comm., région de Paris ; Rémy Courjon, méd. cap., 14e région ; Francis Convers, méd. comm., 5e région ; Georges Lafage, méd. lieut., région de Paris ; Georges Bousseau, méd. cap., 11e région ; Mathieu Battesti, méd. comm., 19e région ; Paul Daniel, méd. comm., 15e région ; Henri Chatellier, méd. comm., région de Paris ; Paul Tiphine, méd. cap., 6e région ; Laurent Gravier, méd. cap., 14e région ; Gaston Auclair, méd. cap., 15e région ; René Morlot, méd. comm., 20e région ; Félix Gérard, méd. comm., troupes de Tunisie ; Pierre Barbier, méd. comm., région de Paris ; Edouard Peyre, méd. cap., région de Paris ; Jean Chenu, méd. comm., 14e région ; Alexandre Boussaguet, méd. cap., 16e région ; Marius Saint-Paul, méd. comm., 17e région ; Gaston Berges, méd. cap., région de Paris ; Victor Plumey, méd. cap., 15e région ; Michel Boisserie-Lacroix, méd. comm., 18e région ; Adolphe Korb, méd. cap., région de Paris ; Henri Vandenbossche, méd. comm., région de Paris ; Moïse Ayache, méd. cap., troupes du Maroc ; Maurice Verdet, méd. comm., 15e région ; Maurice Latombe, méd. cap., 9e région ; Jules Moineau, méd. cap., 5e région ; Jean Lecointre, méd. comm., 9e région ; Henri Grisot, méd cap., 15e région ; Raoul Tricoire, méd. comm., 17e région ; Paul Walther, méd. cap., région de Paris ; Jean Pruvost, méd. comm., région de Paris ; Maurice Sourice, méd. cap., 3e région ; Henri Pradier, méd. comm., 16e région ; Pierre Philardeau, méd. cap., région de Paris ; Marie Salmon, méd. cap., 5e région ; Jules Warin, méd. cap., troupes du Maroc ; Charles Picard, méd. comm., région de Paris ; Henri Limousin, méd. cap., 13e région ; Charles Bigot, méd. cap., 9e région ; Raymond Adam, méd. cap., 7e région ; Charles Baudouin, méd. cap., région de Paris ; Louis Potheau, méd. cap., 5e région ; Marie Bonnet, méd. cap., 15e région ; Marie Gignoux, méd. cap., 13e région ; Elie Humbert, méd. cap., 7e région; Max Canoz, méd. cap., région de Paris ; Albert Hannedouche, méd. cap., 6e région ; Paul Auvynet, méd. cap., 11e région; Roger Chapotel, méd. cap., région de Paris; Jacques Benoit, méd. cap., 19e région ; Paul Lavat, méd. comm., région de Paris ; Marc Chevalley, méd. comm., région de Paris ; Paul Delperier, méd. cap., 3e région ; Louis Bourrat, méd. comm., 14e région ; Albin Bertoye, méd. cap., 14e région ; Denis Pigot, méd. cap., région de Paris ; Lucien Marceron, méd. cap., région de Paris ; Robert de Gennes, méd. cap., région de Paris ; Paul Bonnet, méd. comm., 19e région ; Henri Volle, méd. cap., 14e région ; Roger Gallian, méd. lieut., 11e région ; Jean Valière-Vialeix, méd. cap., 9e région ; Jean Bourgeois, méd. cap., région de Paris ; Charles Boulay, méd. cap. région de Paris ; Robert Chazel, méd. cap., région de Paris ; Paul Barry, méd. cap., région de Paris ; Robert Troche, méd. cap., région de Paris ; Pierre Ribette, méd. lieut., 18e région ; Pierre Topart, méd. lieut., région de Paris ; René Berjonneau, méd. cap., 11e région ; Marcel Couppey, méd. cap., 3e région ; Eugène Bilger, méd. cap., 20e région ; Robert Cleuet, méd. cap., 1re région ; Antoine Codaccioni, méd.. cap., 15e région ; Marc Vareilles, méd. lieut., 14e région ; Raphaël Gayraud, méd. cap., 16e région ; Gabriel Béraud, méd., cap., 18e région ; Roger Doubrère, méd. cap., région de Paris ; Pierre du Brun du Bois-Noir, méd. cap., 4e région ; Raymond Pellier, méd. cap., 20e région ; Lucien Horion, méd. cap.,

Voir la suite des Informations, page 138.

Ordre National des Médecins

Conseil Supérieur de l'Ordre

Le Conseil Supérieur de l'Ordre a tenu sa 4e session, du 1er au 7 février 1941.

Après expédition des affaires courantes d'ordre administratif, le Conseil a spécialement envisagé quelques grands problèmes. Il a, en particulier, réglé la question urgente des installations des médecins de pays dévastés et des jeunes, et des instructions précises sont envoyées aux Ordres départementaux à cet effet. Il a continué l'étude approfondie de la retraite. Il a envisagé un projet de réforme de l'enseignement médical dont l'étude sera poursuivie, et un projet de réorganisation de l'exercice de la chirurgie et des spécialités. Il a mis au point le projet de règlement intérieur auquel le conseiller juridique doit donner son approbation avant qu'il puisse être appliqué.

Le premier bulletin officiel de l'Ordre est actuellement sous presse ; il contiendra entr'autre : le Code de déontologie ; la liste des médecins des différents Conseils départementaux. Il est rappelé que le bulletin de l'Ordre, sera l'organe, non seulement du Conseil Supérieur, mais aussi des Conseils départementaux.

***

Ordre des Médecins du département de la Seine

Certificats médicaux et rationnement. — Le Conseil de l'Ordre ds Médecins du département de la Seine communique la note suivante :

A dater du 6 février, les médecins ne pourront délivrer aux malades de certificats leur permettant de demander soit des rations de denrées réservées, soit des rations supplémentaires de denrées rationnées, qu'aux conditions suivantes :

1° Les médecins ne porteront jamais aucun diagnostic sur les certificats. Le secret professionnel, à cette occasion comme à toute autre, doit être rigoureusement respecté ;

2° Ils tiendront compte de ce fait que la situation actuelle modifie profondément les indications du lait. Il ne s'agit plus de savoir si le lait est indiqué dans tel ou tel cas, mais seulement si le lait représente, pour tel malade, une alimentation absolument irremplaçable et une nécessité vitale ;

3° Ils garderont, par devers eux, la justification médicale de tous les certificats qu'ils délivreront. Leur bien-fondé pourra être l'objet d'enquêtes et de vérifications de la part du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine. En cas d'abus, des sanctions seront appliquées.

***

L'Ordre des Médecins en Algérie. — Le *J. O.* du 4 février 1941, publie un décret rendant applicable à l'Algérie la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des Médecins.

REVUE GENERALE

LA SULFAMIDOTHÉRAPIE EN CHIRURGIE DE GUERRE

Par M. Pierre Lance

Les succès obtenus par la sulfamidothérapie dans le traitement des infections bactériennes devaient inciter médecins et chirurgiens à utiliser cette arme thérapeutique lorsque le sort les mit en présence des plaies de guerre, ou des infections secondaires à ces plaies.

Dans cette dernière éventualité, l'application était parfaitement rationnelle et découlait tout naturellement des faits constatés dans la pratique civile, sous bénéfice de l'assurance que le médicament conservait la même efficacité vis-à-vis des germes rencontrés au cours de ces infections, streptocoque hémolytique et bacille perfringens en particulier. C'est ce que dès 1938, les expérimentateurs américains Lockwood, Lyons, s'efforçèrent de démontrer dans une série de recherches qui aboutirent aux conclusions suivantes :

Les sulfamides contenus dans le sérum sont capables de suspendre la multiplication du streptocoque hémolytique, cette action paraissant d'ailleurs sous la dépendance d'un processus chimique (Lockwood).

D'autre part la présence de sulfamide rendrait plus efficace l'action du sang humain contenant des anticorps, action que, d'après ses expériences, Lyons considère comme indispensables dans le traitement de certaines bactériémies à streptocoque hémolytiques.

En ce qui concerne le tétanos, R. L. Mayer montre que *in vivo* les sulfamides n'ont pas d'action sur la toxine tétanique mais paraissent retarder la pullulation du bacille ; *in vitro* au contraire, l'action neutralisante de l'amino benzène sulfamide serait très nette à condition que cette action s'effectue en présence d'air. On sait que de cette dissociation d'action, Mayer a déduit toute une théorie sur le mécanisme chimique de l'activité des produits organo souffrés (Yvonneau).

Mais, au demeurant, ces infections graves ne sont jamais que secondaires à un foyer d'inoculation. Il était capital de savoir s'il était possible de les prévenir en renforçant, avec quelque efficacité, l'acte chirurgical par un traitement sulfamidé bien conduit.

A priori cette possibilité semblait pouvoir être mise en doute. « Quelle action, disait Flemmings, le 1162 F pourrait-il exercer sur des parois tapissées de bactéries et de pus, qui contiennent de cellules dégénérées ayant libéré des ferments tryptiques dont on sait qu'ils agissent sur les protéines en donnant des peptones? »

Comme l'ont rappelé Legroux et Loiseleur dans leur communication à l'Académie de Chirurgie, c'est en effet en raison du milieu nutritif très spécial que la densité bactérienne est particulièrement élevée dans les plaies de guerre. Dans ces produits de désintégration des protéides, les bactéries surtout anaérobies trouvent des aliments de choix si bien qu'au bout de quelques heures les foyers d'inoculation deviennent de véritables masses de culture qui, de proche en proche, gagnent le tissu encore sain avoisinant ; l'organisme est alors envahi brutalement comme par une inoculation expérimentale ; aucune immunité passive ou active ne peut être espérée.

L'expérience de la guerre 1914-1918 avait en effet montré que l'antiseptie d'une plaie ne pouvait être obtenue quelle que soit l'antiseptique utilisé : dérivés du coaltar, alcools, composés de l'acridine, eusol, etc... Les résultats favorables de la méthode de Carrel, paraissent liés plus au balayage mécanique de la plaie que constituent les irrigations continues, plutôt qu'à l'action chimique du liquide de Dakin. Le seul moyen de prévenir l'infection était, au demeurant, l'exérèse aussi précoce que possible de tous les tissus morts, contus ou infectés, la mise à plat large et nette de la moindre anfractuosité.

La découverte des sulfamides ne permet-elle pas de faire appel sur cette faillite de l'antiseptie chimique?

***

Les recherches expérimentales poursuivies tant en Amérique qu'à l'Institut Pasteur et ailleurs, ont permis d'établir les données suivantes concernant l'application des sulfamides dans les plaies de guerre et les modalités de cette application pour obtenir des résultats probants.

Des différents produits organo souffrés, c'est spécialement le 1162 F qui s'est avéré le plus actif *in vitro* et *in vivo* (Tréfouël) ; son action est essentiellement bactériostatique, c'est-à-dire qu'elle suspend la division des bactéries en modifiant sans doute le milieu humoral et en faisant appel aux moyens naturels de défense de l'organisme, rôle que Levaditi considère comme primordial.

Cette action n'est possible que grâce à une forte concentration locale par suite de la présence de peptones dégradées possédant un pouvoir antisulfamide (Fiels et Wood) d'une part, et d'autre part en raison de l'accoutumance rapide de certaines espèces bactériennes vis-à-vis du médicament.

Le 1162 F s'est révélé parfaitement inoffensif pour les cellules animales et les différents tissus sur lesquels il a été appliqué et ceci, même à des concentrations très supérieures à celles où se manifeste son action bactériostatique.

Il est soluble, rapidement diffusible, si bien qu'au bout de quelques heures (dès la sixième heure, Jensen, Jonhsrud et Nelson) l'organisme en contient dans sa totalité.

Cette diffusibilité entraîne une élimination assez rapide du produit ; il sera donc nécessaire, pour maintenir un certain taux de concentration dans le sang, d'avoir recours à des prises fractionnées (voie buccale) ou à de nouvelles applications locales ; des dosages effectués dans le sang et les urines permettent de régler l'administration du produit.

La supériorité de la voie buccale directe sur l'administration *per os* se traduit par les résultats expérimentaux obtenus sur le cobaye par Jensen et ses collaborateurs, et par l'étude sur l'homme des différentes concentrations sanguine et locale recherchées 24 heures, 26 et 30 heures après la blessure et l'application du produit :

Sulfamide dans la plaie	Concentration locale	Concentration sanguine
—	—	—
5 grms	666,5 mmgs %	2,7 mmgs %
10 grms	509,0 mmgs %	2,7 mmgs %
8 grms	250,0 mmgs %	2,9 mmgs %

Enfin, tandis qu'après administration *per os*, tout le produit est éliminé au bout de 24 heures, après application locale l'élimination se poursuit jusque vers la soixantième heure, la courbe d'élimination passant par un maximum à la dix-huitième heure (Jonhsrud, Jensen et Nelson).

***

Il convient de voir maintenant si les essais effectués chez l'homme ont répondu aux espoirs que légitimait une expérimentation irréfutable et bien conduite.

En ce qui concerne les *septicémies à streptocoque* hémolytique, Lockwood, Colburn et Stokinger estiment, d'après les deux cents cas qu'ils ont traités, que l'action des sulfamides est indéniable et d'autant plus efficace si l'on peut supprimer chirurgicalement le foyer de départ de l'infection ; l'association de la chimiothérapie et de l'immunotranfusion leur apparaît particulièrement active.

D'Harcourt, Folch et Oriol apportent des résultats moins importants mais très précis : 13 cas de septicémies secondaires à des plaies de guerre (en général plaies multiples par balles de mitraillettes) ont donné 8 guérisons et 2 morts ; 3 malades ont dus être évacués avant guérison complète.

Dans les gangrènes gazeuses les observations ont été plus nombreuses et les résultats infiniment plus démonstratifs.

C'est ainsi que les mêmes chirurgiens espagnols n'ont que trois morts sur 10 cas de gangrène gazeuse grave avec présence de perfringens dans le sang.

Bohlmann, Kennedy disent avoir obtenu d'excellents résultats et estiment que la chimiothérapie suffirait, à elle seule, à enrayer la marche de l'infection.

R. Monod compte 177 cas d'infection anaérobie suivis :

69 observations de gangrène gazeuse évolutive ont donné 12 décès et 57 guérisons dont 26 sur 28 furent traitées par amputation ou désarticulation suivies de pulvérisations sur les moignons.

108 cas de plaies bactériologiques et gangréneuses traitées après excision par pulvérisation de sulfamides n'ont donné lieu à aucune gangrène gazeuse évolutive.

Des études bactériologiques faites par R. Claisse, il ressort que la sulfamidation locale permet le nettoyage bactériologique précoce et rapide des plaies gangréneuses. Dès le quatrième ou cinquième jour, on observe des signes bactériologiques favorables : les cultures en milieu anaérobie sont pauvres, se développent mal sans dégagement gazeux ni odeur. Parmi les anaérobies le perfringens serait particulièrement sensible à l'action locale du 1162 F.

Tous ces faits confirment les données expérimentales qu'avaient apportées en avril 1940 Legroux et Nitti.

Enfin vis-à-vis *des plaies de guerre non gangréneuses*, trois ordres de faits ont été mis en évidence au cours de l'importante discussion qui s'est déroulée sur ce sujet devant l'Académie de Chirurgie (novembre-décembre 1940).

Certains blessés ont pu être traités correctement, c'est-à-dire : intervention chirurgicale précoce complétée par un saupoudrage de la plaie ou une pulvérisation avec du 1162 F. Bien que, par suite des circonstances, aucun chiffre précis n'ait pu être apporté, les différents orateurs ont reconnu que les suites opératoires des plaies fraîches traitées de cette façon ont été d'une étonnante simplicité ; il suffit pour s'en convaincre de lire les différentes observations citées par MM. D'Allaines et Cuny, Basset et Larget, Sauvé, etc...

D'autres blessés ont été sulfamidés à l'avant et opérés plus ou moins tardivement ; dans la plupart des cas, les plaies étaient sèches, sans gonflement, sans infection ni fièvre ; il va de soi que la sulfamidothérapie ne peut agir en application locale que dans des plaies suffisamment béantes. Néanmoins cette notion demeure très importante car on peut en tirer d'appréciables services lorsque l'état général du blessé ou les circonstances militaires dans lesquelles on se trouve, interdisent tout traitement chirurgical immédiat. L'application sur plaie fraîche permet de retarder le parage chirurgical avec moins de risque pour le blessé.

Il était également intéressant de voir l'action des sulfamides sur des plaies anciennes et déjà suppurantes. Ces plaies étaient traitées, depuis la dernière guerre, par débridement, exérèse des corps étrangers et l'on remettait aux irrigations continues au Dakin, le soin de déterger complètement la plaie.

Sous le couvert de l'action locale du 1162 F, Desplas a opéré un certain nombre de ces plaies en leur appliquant le traitement d'une plaie fraîche : excisions tissulaires larges de façon à aller jusqu'aux tissus sains, grands débridements, de manière à obtenir une plaie rouge et saignante qu'on saupoudrait ; les résultats ont été très satisfaisants et très vite certaines de ces plaies étaient prêtes pour une suture secondaire.

***

Comment convient-il d'appliquer les sulfamides ?

Dans les affections graves avec bactériémie, les auteurs américains ou espagnols ont utilisé la voie *per os* à fortes doses (6 grammes, puis 4,4, etc.) ; ils y ont associé de petites transfusions qui auraient le double avantage de prévenir une anémie toujours possible au cours d'un traitement sulfamidé tant soit peu intensif, et d'autre part, celui d'apporter à l'organisme des anticorps dont l'action est renforcée, comme l'a montré Lockwood, par la présence de sulfamide. Lorsqu'on associe ces deux médications, il importe de vérifier avec soin les comptabilités sanguines, celles-ci pouvant se trouver modifiées par la seule présence du 1162 F dans le sérum.

Dans les plaies, le saupoudrage ou mieux la pulvérisation plus homogène constituent la technique la plus courante ; dans les sétons ou les trajets fistuleux, les crayons de sulfamide sont d'un emploi commode.

Du fait que les plaies ne sont pas homogènes, que l'absorption du produit s'y fait lentement en un endroit, vite à un autre on est autorisé à mettre localement d'assez fortes doses : 20, 30 grammes, même 40 grammes à titre exceptionnel (Legroux). La médication *per os* à petites doses sera toujours associée dans le but de prolonger l'action locale du produit.

Dans les plaies cranio-cérébrales, Garcin et Guillaume ont instillé le 1162 F en solution à 0,8 % dans les cheminées d'attrition cérébrales, dans les foyers parenchymateux, dans les cavités ventriculaires ; on saupoudrera avec le même produit la face externe de la dure-mère (ou la membrane amniotique de remplacement) et les plans ostéo-musculaires superficiels.

Il n'a pas été signalé d'accidents graves, tout au moins par les auteurs qui ont fait un assez large usage de la méthode ; on pouvait se demander si l'administration de tels produits sur des blessés choqués ne serait pas dangereuse ; Buttle, Long, estiment que les sulfamides n'ont aucune influence sur le shock.

Cependant il faudra, comme l'a rappelé P. Duval au cours de la discussion, vérifier avec soin l'élimination du produit, d'après les dosages dans le sang et les urines. C'est autant la teneur du sang que le degré d'élimination qui doivent régler la posologie du produit, et la nécessité ou non, de nouvelles applications locales.

Au cours de la discussion qui s'est déroulée devant l'Académie de Chirurgie, comme dans les publications faites ailleurs, et en particulier dans celle de Jensen, Jonhsrud et Nelson, tous les auteurs ont insisté sur cette notion capitale, à savoir que l'emploi des sulfamides même fait en applications locales, ne dispense jamais du parage chirurgicale de la plaie. Dès que les circonstances le permettent celui-ci doit être effectué avec autant de soin et de rigueur qu'il est possible ; l'aide précieuse qu'apporte sans conteste le 1162 F ne doit pas faire modifier les règles admises sur le parage et la fermeture des plaies de guerre. Et c'est pour les avoir méconnues que certains auteurs ont pu observer des accidents graves qu'on ne saurait imputer en échec à la sulfamidation des plaies.

D'Allaines et Cuny en ont cité quelques exemples ; voici l'un d'entre eux :

« Fracture comminutive de l'humérus avec arrachement de paquet vasculo nerveux ; il y a un garrot depuis dix-huit heures. Amputation du bras dans le foyer de fracture ; sulfamidation ; fermeture sur une mèche du moignon. Trois jours après, gangrène gazeuse envahissant l'aisselle ; il existe une fracture de la tête humérale laissée en place. Désarticulation de l'épaule ; on laisse la plaie ouverte ; sulfamide *per os* et *in situ* ; transfusion. Guérison ».

L'échec est évidemment compréhensible mais on doit y voir la confirmation du fait que l'action des sulfamides retarde l'infection mais ne peut la supprimer.

***

L'expérience de la sulfamidothérapie dans les plaies de guerre et les infections générales qui en sont la conséquence est, jusqu'à présent, relativement courte ; néanmoins les faits qui ont pu être apportés sont déjà suffisants pour faire reconnaître qu'il y a là une méthode d'antisepsie locale ou générale dont les applications peuvent être nombreuses en pratique civile.

C'est avant tout la chirurgie des traumatismes qui paraît appelée à en tirer un large bénéfice, si l'on en juge par les résultats déjà publiés par Jensen, Jonhsrud et Nelson (auxquels on est redevable semble-t-il, de l'application locale des sulfamides). Ces auteurs ont traité 39 fractures ouvertes des membres et 2 luxations également ouvertes par le nettoyage chirurgical immédiat suivi de saupoudrage et d'immobilisation : aucune infection locale immédiate ; dans deux cas ouverture secondaire accidentelle, ce qui permet une infection secondaire.


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLEOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

Parallèlement, une série de 94 fractures compliquées furent traitées suivant les mêmes règles chirurgicales mais sans sulfamidation ; on eut à déplorer 27 % d'infection dans les suites opératoires, et 7 cas de gangrène gazeuse dont 5 durent subir l'amputation.

De même dans les arthrites purulentes l'injection intra-articulaire de sulfamide après évacuation préalable du pus a permis d'éviter, dans bon nombre de cas, l'arthrotomie ; c'est ainsi que Boissonat, sur 8 observations en trouve 7 qui guérirent avec une récupération fonctionnelle complète sans autre traitement.

Notons en passant qu'il faut éviter une concentration trop forte du liquide injecté, sinon on pourrait observer des phénomènes douloureux sans doute en rapport avec une irritation de la synoviale par le sulfamide (Costes).

En chirugie viscérale, l'application locale du produit est sans doute plus difficile, par suite de la puissance et de la rapidité d'absorption du péritoine. Jusqu'à présent c'est à la voie buccale qu'ont eu recours les quelques auteurs qui ont publié leurs premiers résultats, Lockwood dans les péritonites (1), Garlock et Seley dans la chirurgie du colon et du rectum. Les recherches de ces derniers, faites avec une grande précision, ont montré que l'administration préventive des sulfamides, avant et après l'intervention, supprime les cellulites post-opératoires dont on sait la gravité habituelle. Cependant il est vraisemblable que là encore en s'entourant de certaines précautions, les applications *in situ* pourront donner des résultats parfois surprenants ; l'observation de J. Gosset et Boutron concernant une péritonite par plaie de l'abdomen où fut appliquée la sulfamidation intra-péritonéale, en est un bel exemple.

BIBLIOGRAPHIE

Académie de Chirurgie. Mémoires de l'Académie : Séances des 6-13-20-27 novembre, 4-11-18 décembre 1940. Communications de Tréfouël, R. Legroux et Nitti, Garcin et Guillaume, d'Allaines et Cuny, Basset et Larget, Sauvé, R. Monod et Claisse, Desplas, Bréchot, L. Michon, Sarroste et Fauvert (rapport de Soupault), J. Gosset (M. Roux-Berger rapporteur). Clôture de la discussion par MM. Legroux et Lenormant.

Boissonat. Le traitement des arthrites aiguës par l'injection intra-articulaire de sulfamides (*Thèse Paris*, 1940).

Buttle. Chimiothérapie des plaies infectées (*The Lancet*, 19, 11 mai 1940).

D'Harcourt, Folch et Oriol. La sulfamidothérapie en chirurgie de guerre dans les septicémies à streptocoque et les gangrènes gazeuses (*Toulouse Médical*, au 41, n° 4, 1er et 15 avril 1940).

Flemmings. Action bactériostatique des sulfamides et l'influence théorique des bactéries et des peptones (*J. Patholog. et Bact.*, 50, p. 69, janvier 1940).

Fourneau M. et M. Tréfouël, Nitti, Bovet. Action antistreptococcique des dérivés sulfurés organiques (*C. R. Académie Sciences*, 1937, p. 1763).

Garrod. Action des antiseptiques sur les plaies (*The Lancet*, 19, mai 1940, p. 865).

Garlock et Seley. Les sulfamides dans la chirurgie du rectum et du côlon (*Surgery*, V, mai 1939).

Jensen, Johnsrud et Nelson. L'application locale de sulfanilamide dans les fractures compliquées (*Surgery*, VI, juillet 1939).

Legroux. Chimiothérapie de l'infection bactérienne des plaies de guerre (*Mém. Académie de Chirurgie*, n° 13, séance du 17 avril 1940).

Levaditi et Giuttini. Variations biologiques des souches de streptocoques isolés et soumis à l'action des sulfamides (Soc. de Biologie, 2 mars 1940).

Lockwood. Observations sur le mode d'action des sulfamides et de ses applications aux infections chirurgicales (*Annales of Surgery*, 108, nov. 1938, p. 801).

— Traitement des péritonites par les sulfamides (*Surg. Clin. North. America*, 19, décembre 1939).

— Colburn et Stokinger. (*The J. Am. Med. Assoc.*, vol. 111, n° 25, décembre 1938).

Lyons. Les effets des sulfamides sur le streptocoque hémolytique de l'homme (*Annales of Surgery*, V. 108, nov. 1938).

Mayer. Essai de chimiothérapie du tétanos (*Soc. Biol.*, 29 avril 1939, pp. 1560 et 1562).

Mondor, Mme Brian-Garfield et Léger. Arthrites aiguës à streptocoques, guéries par sulfamidothérapie (*Académie de Chirurgie*, séance du 3 avril 1940).

Nitti. Elimination du 1162 F appliqué dans les plaies (*Académie de Médecine*, 21 nov. 1939).

Spinck. L'utilisation du sulfanilamide dans les arthrites aiguës suppurées (*Am. J. of the Med. Sciences*, juillet 1939).

Yvonneau. Mécanisme d'action des organo-soufrés (*Thèse Paris*, 1940).

(1) Dans un récent article Radvin, Rhoades et Lockwood (*Annals of Surgery*, vol. III, 1940), ont utilisé le 1162 F dilué à 0,8 % dans la solution de sérum hypertonique que l'on administre systématiquement à tout malade opéré de péritonite appendiculaire ; les résultats sont très encourageants.

ACTUALITÉS

QUELQUES INDICATIONS DU CHOLESTEROL EN THÉRAPEUTIQUE

Par M. R. Levent

Découvert dans la bile dès 1775 par Conradi, le cholestérol $C^7H^{16}O^4$ qui a depuis longtemps retenu l'attention des cliniciens, n'avait jusqu'ici guère de place en thérapeutique.

D'une structure chimique complexe il a, parmi ses caractères principaux, la présence dans sa molécule, d'une fonction alcool secondaire aisément estérifiable. Les esters du cholestérol sont instables et le cycle dans l'organisme du cholestérol paraît comporter des estérifications et des régénérations alternatives. De plus, il se range parmi les stérols. A ce titre, ses parentés chimiques sont nombreuses et importantes. Parmi elles, nous citerons seulement la vitamine D, les acides biliaires, certains poisons d'origine végétale ou animale (bufotoxine, venin de cobra), un grand nombre d'hormones (cortico-surrénale, génitales) les substances cancérigènes même. Ces apparentements chimiques jettent déjà quelque lumière sur l'action physiologique du cholestérol et ont contribué, en ces dernières années, à lui donner en thérapeutique une place que l'avenir verra peut-être s'élargir.

Rôle physiologique. — Le cholestérol, normalement présent dans le sang (1 gr. 50 à 2 gr. pour 1.000) n'a, pendant longtemps, été considéré que comme un produit de désassimilation surtout abondant dans le foie et dans la bile (0 gr. 45 pour 1.000 dans la bile vésiculaire) ; son excès dans l'organisme semblait la cause principale de certains troubles (lithiase bilaire, athérome artériel, etc...). De même sa parenté avec les substances cancérigènes fournissait l'explication de sa présence en quantité notable dans les tissus de certaines tumeurs.

Bien que mal défini encore, le rôle du cholestérol semble plus complexe que celui d'un simple produit de désassimilation ou d'un déchet organique. Son origine est, soit exogène (alimentation), soit endogène ; le foie, la rate, le poumon en contiennent à l'état normal ; les centres nerveux en renferment 3 % environ. Il est tantôt le produit d'un métabolisme normal, tantôt celui d'un métabolisme vicié (ictères chroniques où la cholestérolémie peut atteindre jusqu'à 8 gr. pour 1.000). Il se présente soit sous forme libre soit sous forme d'esters.

Eliminé par la bile il est en partie résorbé par la muqueuse intestinale en même temps que des savons, que des acides gras qui l'estérifient et dont il entrave ainsi l'action hémolysante. De plus, le cholestérol semble un des constituants importants de la membrane globulaire et renforce, par sa présence, la résistance globulaire que l'on voit augmenter au cours de certains ictères. Enfin, il joue un rôle important dans l'imbibition cellulaire, sa présence solubilisant certaines substances (lipides, phosphatides) insolubles dans les liquides aqueux de l'organisme lorsqu'elles sont séparées de lui.

Enfin, sans que l'on soit encore fixé sur le mécanisme par lequel il agit, le cholestérol semble doué de propriétés antitoxiques, que l'intoxication soit endo ou exogène et

de propriétés antichoc. A noter aussi que le taux de la cholestérolémie varie lors de la crise des maladies infectieuses, dénotant au moins un rôle de témoin des changements du métabolisme. Le taux qui s'abaisse pendant la période d'état des infections graves, augmente brusquement pendant la crise ou au moment de la convalescence.

Indications. — De cet ensemble de propriétés que nous ne pouvons que trop brièvement esquisser ici, découlent les quelques indications thérapeutiques proposées jusqu'ici.

Infections. — Les travaux de Guy Laroche et Grigaut ont montré le fléchissement de la cholestérolémie dans diverses affections, en particulier les infections générales qui semble ouvrir la voie à l'administration de cholestérol à titre adjuvant du traitement principal.

Le fléchissement de la cholestérolémie dans la tuberculose a incité certains cliniciens à adjoindre le cholestérol au traitement général et médicamenteux. C'est ainsi que Barbary associe les injections d'huile cholestérinée aux injections d'antigène méthylique dans les *tuberculoses* pulmonaires, ganglionnaires, osseuses et même cutanées, tant chez l'adulte que chez l'enfant.

De même, Flandin et Ragu ont, avec de bons résultats, associé le cholestérol aux dérivés aminés de l'huile de chaulmoogra dans le traitement du mal perforant plantaire de *la lèpre*. Dans des cas résistants aux autres traitements, ils ont obtenu la cicatrisation des lésions et l'amélioration de la courbe thermique et des signes généraux. Aucun accident, oculaire ou autre, n'a entravé cet essai thérapeutique.

Intoxications. — Le cholestérol semble pouvoir rendre des services dans certaines intoxications exogènes : intoxication par venins animaux, par parasites ; intoxication due à la digitonine, à la saponine. Il s'agit, dans ces cas, de poisons hémolysants et c'est l'action renforçante sur la résistance globulaire qui paraît entrer en jeu.

Certains auteurs ont également proposé le cholestérol dans des intoxications endogènes ; (Darrespen et Florio dans l'urémie) méthode jusqu'ici peu répandue.

Accidents de choc. — On peut utiliser le cholestérol de façon directe ou indirecte ; ce dernier procédé est le plus employé, sous forme d'administration d'hyposulfite de soude, selon les indications de A. Lumière. Cet auteur a, en effet, constaté que la teneur du plasma en cholestérol augmentait sous l'influence de l'hyposulfite dont l'action antichoc s'expliquerait ainsi. Le cholestérol peut également rendre des services à titre préventif, accidents de choc ou de sensibilisation.

Anémies. — Il en est de même dans les anémies où intervient l'hémolyse. C'est ainsi que Chatterjee emploie l'huile d'olive cholestérinée à 5 % dans les anémies gravidiques d'observation fréquente aux Indes, traitement éventuellement associé à un traitement antianémique (fer, extraits hépatiques) et obtient de bons résultats, tant pendant la grossesse qu'après l'accouchement.

Cholestérol et cancer. — Nous mentionnerons enfin le traitement proposé par Simon dans certaines tumeurs. On ne doit pas, selon cet auteur, attribuer une valeur absolue au pouvoir cancérigène du cholestérol. L'heureux effet sur des tumeurs d'un traitement cholestérolé dirigé contre une affection concomitante d'autre nature, lui fait envisager une action de choc rendant le terrain plus résistant en rétablissant l'équilibre cholestérol-eau dont la rupture est une cause de cancérisation. Il s'agit là de conceptions personnelles nécessitant confirmation.

Posologie. — Le mode d'administration du cholestérol, en dehors des frictions à la lanoline cholestérinée avec ou sans U. V. dont l'effet n'est guère durable, comporte l'ingestion ou les injections.

La voie buccale, peu employée, correspond à l'ingestion de pilules. La dose quotidienne chez l'adulte peut atteindre 1 ou 2 grammes par jour ; chez l'enfant 10 centigrammes par année d'âge.

La voie parentérale, plus employée, correspond à des injections d'une solution huileuse, à 2 % ou 5 % selon les indications et les auteurs. L'injection peut être sous-cutanée ; elle se fait le plus souvent intramusculaire ; dans la tuberculose on fait deux injections par semaine d'une ampoule dosée à 0 gr. 10 par ampoule. Contre l'anémie, Chatterjee emploie l'huile d'olive cholestérolée à 5 % à raisons de 2 cmc tous les deux jours ; Flandin et Ragu, dans la lèpre, font trois injections par semaine d'un complexe chaulmoogra-cholestérol contenant 0 gr. 04 de cholestérol par ampoule.

Dans tous ces cas, la médication semble avoir été bien tolérée et n'avoir occasionné aucun incident notable.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 12 février 1941. — Jury : MM. Couvelaire, Lœper, Mathieu, Lacomme. — M. Saks. Etude critique de la technique de la césarienne basse en milieu suspect. Le drainage par voie vaginale. — M. Mozziconacci. Le coma chlorasolique. — M. Adam. La restauration du mouvement d'opposition du pouce. — Mlle Beczadian. Groupes sanguins et grossesses mal supportées.

Jeudi 13 février 1941. — Jury : MM. Tanon, Gougerot, Laignel-Lavastine, Aubertin. — M. Guerniou. Considérations sur les indications, le pronostic et les résultats du pneumothorax bilatéral artificiel. — M. Couturier. Les rétrécissements amibiens du rectum depuis la réaction de Frei. — M. Bilisko. Quelques localisations rares de syphilis extra-génitale de primo-infection. — M. Blancard. Contribution à l'histoire et à la matière médicale des tartrates. — Mme Vincent. Etude d'un cas de rhumatisme chronique vertébral de la région dorsale à forme hypéralgique traité avec succès par la radiothérapie.

Samedi 15 février 1941. — Jury : MM. Jeannin, Lereboullet, Sicard, Soulier. — M. Bardon. Le fonctionnement général de la Maternité de Beaujon-Clichy, de septembre 1939 à juin 1940. — M. Vermenouze. Les frémissements hydrocéphaliques chez le nourrisson. — M. Gimault. Dystrophies osseuses épiphysaires.

THESE VETERINAIRE

Samedi 15 février 1941. — Jury : MM. Jeannin, Lesbouyries, Coquot. — M. Jablonski. Contribution à l'étude de la rétention placentaire chez la vache.

LIVRES NOUVEAUX

Les perforations digestives de la fièvre typhoïde (*pronostic, diagnostic, traitement*), par Jacques Dor, chirurgien des Hôpitaux de Marseille. — Un volume de 134 pages, avec 8 figures. (Collection Médecine et Chirurgie, Recherches et Applications, n° 20), 24 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris (6e).

La perforation digestive au cours de la fièvre typhoïde est un accident particulièrement grave et relativement fréquent.

Malgré l'importance des travaux consacrés à cette question, malgré le nombre de plus en plus grand des opérations pratiquées, on ne peut dire que les résultats de l'action chirurgicale soient brillants. Certes, les statistiques s'améliorent, mais elles groupent surtout les bons cas de chaque opérateur.

Il paraît donc bien que l'amélioration du pronostic n'a pas suivi les progrès du diagnostic clinique et de la technique opératoire.

Une lutte plus efficace contre la fièvre typhoïde, une observation minutieuse des signes les plus précoces de la perforation, la recherche du secours chirurgical le plus simple et le plus efficace, l'examen nécropsique systématique des causes de la mort, l'étude expérimentale de la perforation et de son mécanisme, voilà, semble-t-il, les buts qu'il faut encore poursuivre.

Cet ouvrage est une contribution à l'étude de cette angoissante question, c'est un essai de mise au point, basé à la fois sur les travaux classiques, l'expérience de l'auteur et de ses collègues ainsi que sur leur documentation personnelle.

Dans le cours de ces pages consacrées au pronostic, au diagnostic et à la thérapeutique des perforations typhiques, le Dr Dor a insisté sur deux points.

Le premier concerne les signes qui permettent de poser une indication opératoire dans les formes asthéniques si fréquentes, et le second pose le problème des perforations itératives. Avec tous les auteurs il est convaincu que le diagnostic précoce est l'élément capital du pronostic, mais il croit aussi que la recherche et le traitement des perforations itératives sont de nature à le modifier heureusement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Ordre des Médecins

III

Le médecin est essentiellement individualiste : c'est, certes, une des qualités les plus précieuses pour la pratique médicale ; mais c'est aussi une source de difficultés pour qui veut réaliser une organisation d'ensemble, établir des règles strictes et les appliquer.

Ce n'est pas que le médecin normal, celui qui a su conserver les saines traditions d'antan, discute le moins du monde la légitimité des principes de déontologie qui doivent être promulgués ; bien au contraire, puisque non seulement il les connaît parfaitement, mais s'est toujours efforcé de les appliquer. Mais il entend le faire de son propre gré et sans que quiconque vienne s'interposer entre lui et son malade. Ce sentiment a été exprimé de façon particulièrement heureuse par notre éminent confrère G. Duhamel : « L'acte médical est un acte singulier en ce sens que c'est un acte d'homme à homme ».

Par ailleurs, ce médecin n'ignore pas qu'il en est d'autres pour qui il est besoin d'une règle impérieuse ; mais se sentant lui-même sans reproche, il ne conçoit pas aisément une organisation qui lui imposerait les règles qu'il applique tout naturellement. Ce sentiment de dignité professionnelle est respectable, mais il ne contribue pas à créer une atmosphère favorable à l'institution d'un Ordre des Médecins.

Si certains, ne pratiquant pas eux-mêmes d'abus condamnables, ne voient pas la nécessité d'une réglementation, ceux qui le font la voient encore moins et lui sont naturellement et nettement opposés.

Les abus auxquels se livrent ces derniers leur procurent des avantages qui, pour être illicites, n'en sont pas moins substantiels : nous avons déjà exposé les raisons qui ont fait que ces pratiques se sont répandues et ont gagné du terrain de telle sorte qu'elles sont devenues le fait d'une majorité assez imposante. Il apparaît bien que ceux qui profitent de ces avantages ne sont pas disposés à les sacrifier spontanément sur l'autel de la vertu. Aussi, bien qu'on puisse tout de même espérer que, parmi eux, nombreux sont ceux qui ne l'ont fait que contraints et forcés par le milieu dans lequel ils évoluaient et qu'ils ne demandent qu'à être débarrassés de cette contrainte, il n'en reste pas moins beaucoup trop qui voudraient pouvoir continuer leurs errements : tant pour le présent que pour l'avenir, ils constituent des éléments d'opposition aux mesures d'assainissement.

Une autre source de difficultés tenait aux organisations préexistantes qui ne pouvaient être maintenues parallèlement à l'Ordre projeté. Il eût été peut-être possible de les modifier pour les mettre en accord avec cet Ordre. Certains syndicats isolés, en particulier ceux de la Seine, qui avaient procédé à une étude approfondie de la question, eussent été disposés à se prêter aux modifications nécessaires. Mais le groupement national, soit désir de conserver et de maintenir son indépendance et sa préséance, soit question de personnes, soit pour tout autre motif, crût, au contraire, devoir faire de l'opposition aux projets.

La conséquence en fût — une adaptation étant ainsi rendue impossible — qu'il fallut bien envisager la dissolution. On conçoit aisément qu'ensuite, il eût été difficile de recourir aux cadres des groupements dissous que les difficultés ainsi créées firent éliminer des organisations nouvelles.

Cela ne laissa pas de causer un certain malaise dans le Corps Médical : bien qu'ayant été aussi peu syndicaliste que possible dans la période antérieure, les médecins se trouvèrent désorientés lors de la dissolution de leurs syndicats. Et tout cet ensemble de causes et de faits rendait particulièrement ardue la tâche entreprise.

A. Herpin.

Le poumon, structures et mécanismes à l'état normal et pathologique, par A. Policard. — Un volume de 314 pages avec 31 figures. Prix : 55 francs. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938.

Acquisitions nouvelles dans le domaine de la blennorragie. Ce qu'il faut savoir des nouveaux traitements (5e série). *Vers la solution du problème*, par le Dr G. Franck. — Un volume in-8° de 88 pages, à Paris, chez Amédée Legrand, 1939.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 9 décembre 1940

Contrôle encéphalique de sens inverse sur deux sortes d'excitabilité réflexe. — M. Louis Lapicque et Mme Marcelle Lapicque.

Sur la présence de corps antisulfamides dans l'urine humaine. — MM. F. Nitti et M. Palazzoli.

Séance du 16 décembre 1940

Contribution à l'étude des colorants antiseptiques. — MM. Maurice Doladilhe et Aimé Guy.

Séance du 23 décembre 1940
(Séance annuelle)

(Voir la liste des prix et subventions attribués, en 1940, dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 3-4, des 8-11 janvier 1941, p. 17.)

Séance du 30 décembre 1940

Rôle joué par l'alimentation et par les variations du taux d'acide ascorbique sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye. — M. Jean Bretey.

Séance du 6 janvier 1941

Allocution de M. H. Vincent. — M. le Président fait connaître à l'Académie l'état où se trouve l'impression des recueils qu'elle publie et les changements survenus parmi les membres, les associés étrangers et les correspondants. Il salue le nouveau vice-président, M. Esclangon, et dans une excellente allocution remercie les deux éminents secrétaires perpétuels, MM. Lacroix et Picard. Rappelant alors que le froid forçait cet hiver l'Académie des Sciences à chercher un refuge dans la petite salle de l'Académie Française, il constate, non sans humour, que l'intimité de la nouvelle salle n'empêche pas le bruit des conversations de couvrir la voix de l'orateur. Cette coutume ancienne ne laisse pas de surprendre les étrangers. « Lamennais, ajoute-t-il, ne soupçonnait pas qu'il lui apportait une explication et presque une excuse lorsqu'il a dit : la langue française est, par excellence, la langue de la conversation... »

On ne peut plus spirituellement demander le respect des orateurs et on doit remercier M. Vincent de l'avoir fait avec sa délicatesse habituelle.

Mort de M. d'Arsonval. — M. le Président prononce un bel éloge du regretté Maître, puis la séance est levée en signe de deuil.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 11 février 1941

Eloge de M. Pierre Duval. — M. Sergent, vice-président, prononce un éloge ému de Pierre Duval, président en exercice, décédé vendredi dernier. Les membres de l'Académie observent, debout, cinq minutes de silence.

Rapport sur la psittacose. — M. Sacquépée, au nom de la Commission d'hygiène apporte un rapport très documenté et propose, en conclusion, l'adoption des vœux suivants :

1° L'Académie de Médecine est d'avis qu'il est aujourd'hui opportun d'inscrire la psittacose humaine parmi les maladies à déclaration obligatoire ;

2° Pour que cette mesure se montre efficace, elle considère comme indispensable le classement des oiselleries et des élevages psittacidés dans la 3e classe des établissements dangereux, insalubres ou incommodes, et d'exercer sur eux une surveillance sanitaire vétérinaire permanente ;

3° Les mesures prises antérieurement, relativement aux importations comme à la vente par marchands ambulants et à la déclaration de la psittacose chez les animaux doivent être maintenues.

Le vœu est adopté.

Rapport au nom de la Commission d'hygiène à propos des colorants minéraux. — M. Tanon expose la question posée à l'Académie au sujet de la coloration de divers sirops ou liqueurs.

A la suite d'observations formulées par MM. Martel et Roussy, l'Académie décide de renvoyer le rapport à la commission en vue d'une nouvelle discussion.

Rapport au nom de la Commission du rationnement. Conseils au sujet des vitamines. — M. Martel. — 1° La vitamine C disparaît vite en grande partie des laitues, pissenlits et haricots verts *stockés* ; elle disparaît dans une mesure moindre

de l'oignon et de la pomme de terre même lorsque le stockage dure longtemps.

2° La *dessication* supprime la vitamine C des pruneaux, raisins, figues, mais respecte, en partie, les vitamines A, B1 et B2.

3° Le *fumage* ne nuit guère à la vitamine A des petits poissons conservés entiers ; la vitamine D, peu sensible aux causes d'altération, reste intacte.

4° Les *jambons, bacons* et *saucissons* secs (porc) ont encore la plus grande partie des vitamines B1 et B2.

5° Le *rancissement* (graisses de bœuf, graisses de saumon) altère la vitamine A. Mais la conservation à — 18° la préserve en empêchant le rancissement.

6° Les *œufs*, maintenus à 0°, surtout s'ils sont placés sous azote et gaz carbonique, conservent bien leurs vitamines liposolubles (vitamines du jaune)..

7° La *cuisson à l'eau* enlève une partie des vitamines hydrosolubles (C, B1 et B2). La vitamine C est surtout touchée. Mieux vaut cuire les légumes dans la vapeur d'eau. Pommes de terre et chataignes perdent peu de leur vitamine C lorsqu'on les fait cuire avec leurs enveloppes naturelles. Il est indiqué d'utiliser les eaux de cuisson (potages...), d'éviter le broyage des légumes à l'aide d'appareils en métal oxydable, d'utiliser, de préférence, les graines après une courte germination.

8° L'*ébullition*, la *pasteurisation*, la *concentration*, la *simple exposition aux rayons solaires* nuisent à la vitamine C des laits. Le cuivre des appareils intervient pour une part dans les pertes constatées. On peut concentrer les jus d'orange sans occasionner des pertes sensibles en acide ascorbique.

9° La *fermentation lactique* des choux conserve à la choucroute une part assez importante de la vitamine C. Le jus de choucroute reste riche. On doit l'utiliser (potages, enrichissement de la moutarde). La choucroute étalée lors de la vente perd beaucoup de sa vitamine C.

10° Sont contre-indiqués : le *reverdissage* des légumes et des fruits par le *sulfate de cuivre* ; l'usage du *bicarbonate de soude* pour cuire les légumes verts, désacidifier les laits à sécher ou les beurrss rances à rénover ; l'emploi du *gaz sulfureux* (fruits, jus de fruits ou de légumes, vins, moûts).

11° La *stérilisation à l'autoclave* exige le *préchauffage* pour préserver le plus possible la vitamine C.

12° La *réfrigération* et surtout la *congélation rapide* assurent la conservation des vitamines A, C, B1, B2. Dans la conservation par réfrigération, les fruits perdent d'autant moins de leurs vitamines que la durée d'entreposage est moins prolongée. La congélation rapide des légumes provoque des pertes toujours inférieures à celles dûes à la stérilisation (conserves en boîtes).

Méthode rapide pour le diagnostic microbiologique de la syphilis inapparente. — M. C. Levaditi et Mme D. Rousset-Chabaud. — La syphilis expérimentale inapparente de la souris est, comme cette appellation l'indique, une infection tréponémique massive ne se traduisant par aucun symptôme clinique appréciable. Or, dans de nombreuses circonstances, il importe d'en faire le diagnostic microbiologique sans que l'on soit obligé de sacrifier l'animal, ni de recourir à l'inoculation d'épreuve au lapin (essai de la virulence du cerveau ou des ganglions périphériques), laquelle nécessite une longue période d'observation. Les auteurs ont mis au point une méthode rapide qui consiste à pratiquer des biopsies de la peau du dos et de traiter les pièces par la méthode d'imprégnation argentique de Stroesco. En utilisant cette méthode, il est possible de faire *in vivo* et en moins de deux jours, le diagnostic de l'infection tréponémique chez de telles souris atteintes de syphilis inapparente.

Étude expérimentale de l'injection d'un mélange de sérum gommé additionné de sang au cours du choc hémorragique. — MM. Gautrelet, Corteggiani et Garayon-Gentil.

Election. — MM. Guillaume-Louis (de Tours) et Marquis (de Rennes), sont élus correspondants nationaux dans la section de chirurgie.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 15 janvier 1941

M. Mathieu, *Président*, prononce les éloges de MM. d'Arsonval et Regaud, décédés.

A propos du rétablissement de la continuité intestinale après opération d'Hartmann. — M. Hartmann rappelle qu'il a utilisé, en 1907, le procédé indiqué par M. d'Allaines à une précédente séance.

A propos de l'entorse du genou. — M. Metivet a rencontré au cours d'une intervention, une rupture du ligament latéral interne presque au niveau de son insertion inférieure.

A propos des sténoses du cardia. — M. Desplas en a opéré cinq cas avec succès et suites éloignées favorables. Il conseille de prolonger l'incision très bas sur le cardia.

Traumatismes cranio-cérébraux de guerre. — MM. Clovis Vincent, Garcin et Guillaume ont eut à traiter plus de 300 blessés.

Pour les blessés récents, M. Vincent estime qu'il n'y a rien à ajouter à ce qui a été déjà dit : nécessité d'un volet, d'une bonne hémostase, de la suture de la galéa. Chez les blessés opérés tardivement les auteurs estiment qu'on doit pratiquer l'exérèse en masse des lésions ; en observant certaines précautions, en s'aidant de sulfamidothérapie locale on peut obtenir des guérisons per primam. M. Vincent estime que l'atteinte des noyaux gris centraux est extrêmement grave, soit immédiatement quoad vitam soit secondairement par les complications post-opératoires qu'elle entraîne.

Dans les plaies anciennes l'exérèse se fait comme pour une tumeur cérébrale après, toutefois, avoir libéré complètement la partie ostéo-cutanée qui suppure ; lors de la fermeture, M. Vincent utilise un lambeau de fascia lata pour remplacer la perte de substance de la dure-mère.

Traitement des plaies cranio-cérébrales récentes. — M. de Martel. — Il s'agit d'un important travail adressé par les élèves de de Martel, d'après les notes laissées par celui-ci ; il contient, en particulier, les résultats du traitement de 64 blessés récents soignés par M. de Martel.

Blessure orbito-cranienne par balle sans lésion oculaire. Extraction par voie temporale. Guérison. — Travail de M. Sicard rapporté par M. Petit Dutaillis.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 janvier 1941

Réinfection bacillaire et sensibilité à la tuberculine. — M. Coste et Mlle Bernard.

Les auteurs discutent les modalités et les limites entre lesquelles le phénomène de Willis, découvert chez le cobaye, s'applique à l'homme.

Un cas de maladie de Besnier Boeck guéri par la médication aurique. — M. Coste et Mlle Bernard. — La malade présentait un syndrome de Mickulicz net, une cuti-réaction négative, mais ni sarcoïdes, ni localisation osseuse. La radiographie était typique : après chrysothérapie modérée (1 gr. 80 d'or au total) la guérison survint et se maintint totale.

Tuberculose bronchique primitive. — MM. Ameuille et Lemoine.

Observation d'une malade expectorant des bacilles tuberculeux pendant 2 mois, sans que puisse être décelée la lésion primitive. La malade ressentit au bout de ce temps, un point de côté sous la clavicule droite : les rayons font découvrir une condensation rétractile du lobe supérieur droit; on pense à l'ateloctasie et on cherche à vérifier l'oblitération bronchique. La bronchoscopie dénote une ulcération tuberculeuse de la face externe de la bronche droite et de l'orifice de la bronche lobaire avec suintement purulent épais : le pus contient des bacilles de K. La condensation disparait : la bronche redevient normale.

Maladie de Biermer avec image pseudo-néoplasique de l'estomac. — MM. P. Harvier, J. Le Melletier et R. Claisse rapportent une observation d'anémie biermérienne, associée à une image pseudo-néoplasique de l'antre prépylorique, laquelle image disparut complètement après quelques jours d'hépatothérapie antianémique. Ils envisagent, à ce propos, les tumeurs fantômes et les images pseudo-tumorales (lacunaires ou polypoïdes) signalées dans la maladie de Biermer et leurs interprétations possibles, et insistent sur l'importance pratique de ces faits radiologiques qui peuvent égarer le diagnostic.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 21 janvier 1941

Chancre d'inoculation tuberculeux dans la gencive. — M. Cathala présente un garçon de 10 ans, atteint depuis deux mois d'une ulcération gingivale avec adénopathie lui ayant fait poser le diagnostic de chancre d'inoculation. Il a rejeté, en raison des dangers de généralisation tuberculeuse, la cautérisation ignée et traite ce malade avec succès par les rayons ultra-violets.

Un cas d'oxycéphalie. — MM. Sorel et Dolfuss présentent un enfant de 5 ans et demi atteint d'oxycéphalie typique sans aucun signe de compression intra-cranienne. Contrairement à ce qui est habituel dans la maladie de Crouzon, la fontanelle antérieure n'est pas encore fermée ; elle est cependant en voie de régression comme le montre l'étude comparative de radiographies prises récemment et en 1938.

Un cas de maladie d'un disque intervertébral d'origine colibacillaire. — M. Lance présente un enfant de 12 ans qui eut, en 1935, une poussée de pyélonéphrite à colibacilles avec violentes douleurs lombaires et inguinales. Des crises analogues surviennent à deux reprises dans les mois qui suivent : au cours de l'une d'elles, on constate une petite gibbosité avec contracture musculaire de la région lombaire et la radiographie montre un pincement du disque entre deux vertèbres absolument intacts à hauteur de L2-L3. Les examens de laboratoire ne révèlent ni colibacillose, ni tuberculose.

Après une guérison apparente de 3 ans, les symptômes se manifestent à nouveau en 1940, avec les mêmes caractères. Les particularités de ce cas sont l'absence de calcification du nucléus pulposus, terminaison habituelle des infections du disque, et les rechutes multiples à long intervalle.

La spasmophilie au cours des deux premiers mois de la vie. — MM. R. Clément, Courtillié et Mlle Kapp ont pu réunir 77 cas de spasmophilie chez des nourrissons âgés de moins de deux mois. Les signes dominants ont été les spasmes gastriques, les spasmes de la glotte, le hoquet, le signe du facial ; les phénomènes convulsifs et les spasmes toniques sont beaucoup plus rares. Tous ces sujets ont guéri par l'administration buccale de sels de calcium, très supérieure aux injections sous-cutanées susceptibles de former par mauvaise résorption des dépôts calciques. Le diagnostic doit être fait avec beaucoup de prudence : il faut éliminer toutes les manifestations nerveuses dues à une lésion organique du cerveau et tenir compte de l'hyperréflectivité propre au nouveau-né.

Abcès du cerveau guéri par sulfamidothérapie. — M. Robert Bourgeois présente un enfant de 12 ans atteint il y a deux mois d'un abcès au cerveau, d'évolution très rapide, consécutif à une otite chronique. La guérison fut obtenue en 8 jours par la sulfamidothérapie générale et locale après ouverture de l'abcès et aspiration du pus.

Présentation de fascicules concernant l'alimentation de l'enfant. — MM. Huber et Rouèche présentent au nom du Comité National de l'Enfance un certain nombre de fascicules ayant trait à l'alimentation de l'enfant et adaptés aux possibilités actuelles de rationnement.

Présentation d'appareil. — MM. Huber et Rouèche présentent un appareil pratique de soutien du nourrisson, appelé « Cabertnotte », depuis longtemps en usage dans le service de M. Lesage, à l'hôpital Hérold. Il permet de laisser le nourrisson en position demi-verticale et d'éviter ainsi la position couchée continue si préjudiciable à l'enfant.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 10 janvier 1941

Les effets de la respiration d'air suroxygéné sur l'excitabilité nerveuse motrice. — M. et Mme Chauchard et M. Paul Chauchard montrent qu'un excès d'oxygène entraîne des modifications inverses de l'excitabilité cérébrale et périphérique : les chronaxies du cerveau augmentent, traduisant la somnolence de l'animal ; les chronaxies périphériques s'égalisent à niveau bas, indice d'une hyperexcitation des centres inférieurs déjà signalée par P. Bert.

Mécanisme de la vasodilatation pulmonaire adrénalinique. Etude pleuroscopique. — MM. J. Troisier, M. Bariéty et Mlle D. Kohler, ont constaté au pleuroscope que l'adrénaline intraveineuse détermine chez le chien chloralosé une vaso-constriction pulmonaire primitive, qui est « forcée » par la poussée hypertensive générale, le résultat global étant une augmentation de volume du poumon, que suppriment les sympthotlyiques.

Remarques sur la conservation d'activité de l'allantoïdo-virus vaccinal. — MM. P. Gastinel et R. Fasquelle, ont vu qu'un virus allantoïdien conservé 5 mois à — 20° en milieu glycériné, ou 15 jours à + 18°, atténue considérablement sa virulence d'abord pour l'homme, ensuite pour le lapin ; mais un nouveau passage sur l'œuf lui fait récupérer son taux initial d'activité.

A l'état sec, le virus chorio-allantoïdien conserve sa virulence à — 20° pendant plusieurs mois ; il la perd au contraire en 10 jours à + 38° et en 30 jours à une température + 20°.

Sur la préparation du vaccin triple associé « antidiphtérique, antitétanique, antityphoparatyphoïdique ». — MM. G. Ramon et A. Boivin ont établi une nouvelle formule de préparation du vaccin triple associé en diminuant sensiblement la quantité de germes typhoparatyphoïdiques et en formolant après chauffage à 56° les suspensions mères de ces germes. Après répartition en ampoules, le mélange de suspensions mères d'anatoxine diphtérique et d'antoxine tétanique est, comme d'ordinaire, chauffé à 54° durant 45'.

La diminution du nombre des bactéries typhiques et paratyphiques est largement compensée par l'accroissement de l'intervalle des injections et par l'association aux anatoxines, dont on connaît l'influence favorisante sur l'établissement et le développement de l'immunité.

Lésions histologiques provoquées par l'antigène O glucidolipidique du bacille d'Eberth. — MM. R. Kourilsky, S. Kourilsky et J. Bablet signalent que l'injection intradermique provoque une infiltration dermique, plus exceptionnellement une petite escharification. Les lésions, remarquables par l'intensité des lésions vasculaires et, plus tardivement, par l'apparition d'une réaction histologique très importante, se retrouvent avec les mêmes caractères dans les lésions viscérales observées après injection sous-cutanée, notamment au niveau des plaques de Peyer. La réaction histiocytaire fait défaut lorsque l'animal a succombé dans les vingt-quatre premières heures.

Les variations du pouvoir pathogène du staphylocoque chez l'homme suivant son habitat. — MM. R. Kourilsky et P. Mercier ont constaté que la muqueuse pituitaire est, plus que la peau, l'habitat normal du staphylocoque chez l'homme. Le pouvoir pathogène des germes issus du nez est faible chez les sujets sains, élevé chez les sujets atteints de staphylococcie en évolution, analogue chez les diabétiques (atteints ou non de staphylococcie).

De nombreux prélèvements effectués autour de la lésion et dans l'entourage des sujets atteints de staphylococcie, montrent que le développement des staphylococcies chez l'homme ne résulte pas d'une exacerbation du pouvoir pathogène du staphylocoque saprophyte, mais d'une transmission exogène d'un staphylocoque de pouvoir pathogène élevé. La staphylococcie doit être conçue comme une véritable maladie contagieuse, transmissible par le contact tégumentaire et par le linge.

Séance du 25 janvier 1941

Absence normale d'adrénaline dans la surrénale. — MM. A. Giroud, Magd Martinet et J. Pacoret, par leur méthode d'isolement sur pièce durcie à la neige carbonique, n'ont jamais constaté biologiquement d'adrénaline dans le cortex surrénal même au niveau de la réticulée. Ils ont obtenu le même résultat en effectuant des dosages chimiques sur des cortex isolés par leur propre technique. Ils concluent par suite, que, normalement, il n'y a pas d'adrénaline dans le cortex. Sa présence dans certaines conditions doit donc être un artefact.

Une nouvelle substance adjuvante et stimulante de l'immunité : le tannin. — MM. G. Ramon, P. Joannon, R. Richou et Mlle L. Corre montrent que l'immunité conférée par l'anatoxine diphtérique ou tétanique est très sensiblement augmentée, quand l'anatoxine est additionnée d'une proportion convenable de tannin ; le taux d'antitoxine spécifique peut ainsi être jusqu'à 15 à 20 fois plus élevé qu'avec l'anatoxine seule. Le tannin mérite donc bien d'être classé dans la catégorie des substances adjuvantes et stimulantes de l'immunité.

La solubilité de l'éther dans le sérum sanguin et ses variations pathologiques. — MM. Pagniez et V. Harispe ont obtenu, par agitation violente de volumes égaux d'éther et de sérum, une augmentation de volume du sérum de 10 à 15 cm^3 pour 100 cm^3 de volume initial ; séparé et laissé à l'air libre, le sérum retrouve en quelques heures son volume primitif et perd toute odeur d'éther : il semble qu'une certaine quantité d'éther ait pu passer en dissolution dans le plasma. Dans certains cas de diabète, de cirrhose, d'ictère, le sérum peut absorber des quantités doubles ou triples d'éther, tandis qu'à l'opposé d'autres sérums ictériques fournissent des valeurs anormalement basses.

Sur la sécrétion gastrique provoquée chez le chien par l'excitation centrifuge des racines postérieures de la moelle dorsale (de la sixième à la dixième). — M. J.-L. Parot montre l'existence d'une voie nerveuse sécrétrice empruntant le trajet de ces racines et gagnant l'estomac sans relai synaptique dans le plexus cœliaque. Le temps de latence qui s'écoule ici entre le début de l'excitation et le début de la sécrétion est caractéristique par sa longueur, en moyenne de vingt minutes, et s'oppose au temps de latence de la voie sécrétrice vagale qui est, comme pour l'acétylcholine, quatre fois plus court.

Luminescence du bacterium coli à la lumière ultra-violette en présence d'un fluorochrome. — MM. Jean-C. Levaditi et J. Giuntini signalent que les microbes des cultures de *Bacterium coli*, âgées de 17 heures, examinées à l'état frais au microscope, en présence d'un fluorochrome, ne sont pas tous luminescents lorsqu'ils sont soumis au rayonnement ultra-violet.

Luminescence des formes sénescentes de bacterium coli soumises, en présence d'un fluorochrome, au rayonnement ultra-violet. — MM. Jean-C. Levaditi et J. Giuntini ont constaté que le *Bacterium coli*, en voie de sénescence ou mort, acquiert la propriété de fixer, à faible concentration, certains fluorochromes et d'émettre, ainsi, une radiation secondaire visible sous l'action du rayonnement ultra-violet.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du samedi 25 janvier 1941

Les procédés de diagnostic des tumeurs intrathoraciques. — MM. M. Hinault et Fr. Hery présentent les observations de quatre malades (2 tumeurs bénignes de l'angle costo-vertébral, 1 cancer du lobe supérieur du poumon droit, 1 méningocèle rachidienne) dont les radiographies offraient des aspects analogues. Ces diagnostics n'ont pu être approchés qu'après une série d'épreuves parmi lesquelles le pneumothorax et la pleuroscopie leur paraissent les plus utiles. A ce propos, ils insistent sur les divers procédés à utiliser pour mettre en évidence les tumeurs du thorax trop souvent confondues avec les maladies du poumon — tomographie, bronchographie, lipiodolée, bronchoscopie.

Sulfamidothérapie et sulfamido-résistance dans un service de l'armée (cinq mois de direction de centre vénéréologique). — M. Cattier expose ses observations de cure sulfamidique ; il souhaiterait qu'il ne s'agisse pas toujours d'association avec les vieilles techniques, mais qu'une formule précise fasse l'accord entre les urologistes en regard de l'urétrite à gonocoques — dose massive d'emblée dégressive et de courte durée — trois jours à 3 gr., trois jours à 2 gr., trois jours à 1 gr.

Il a constaté, grâce à la sulfamidothérapie, une diminution du nombre des contaminés comparativement à la précédente guerre.

Le pouvoir hémobactéricide du sang. Contribution à l'étude de sa détermination facile. — MM. Bécart et Lepeut décrivent une technique simplifiée d'étude du pouvoir hémobactéricide du sang (P. H. B.). Cette méthode dérive des travaux de Jeanneney et de son école.

Comme Jeanneney, en effet, ils mettent en présence les dilutions microbiennes et le sang du sujet examiné, mais ils se séparent de cet auteur en ce qui concerne :

1° Le nombre des dilutions employées qu'ils réduisent de 12 à 4 ;

2° Le prélèvement qu'ils effectuent simplement par piqûre à la pulpe du doigt, sans citrate, ni ponction veineuse ;

3° La confection des cellules de culture et la mesure du volume mis en culture du mélange : sang et dilutions microbiennes ;

4° La substitution à la numération des germes d'un étalon de comparaison stable ;

5° La figuration schématique dans laquelle ils portent en abcisses et en ordonnées le nombre des colonies ayant poussé et le numéro des dilutions sans établir le pourcentage du nombre des germes tirés au nombre des germes totaux.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

Séance du 21 janvier 1941

Les présentations de malades. Un cas d'adamantinome dentifié chez une fillette de 8 ans et demi. — MM. Lebourg et Helner présentent une fillette de 8 ans et demi opérée d'un adamantinome de la région incisive du maxillaire supérieur, l'intervention permet de mettre en évidence les 12 fragments dentaires qui constituaient la tumeur.

L'incisive latérale ainsi que la centrale subsistent, cette dernière non évoluée ; les auteurs pensent rétablir l'arcade dans son intégrité par un traitement orthodontique.

Etude sur l'allergie provoquée par la flore anaérobie des premières voies digestives et respiratoires. — MM. Lehmans et Vinzent (du Havre) ont cherché à mettre en évidence les réactions allergiques provoquées chez certains sujets par des lésions chroniques bucco-dentaires dont la flore anaérobie constitue l'élément pathogénique habituel.

Ils pratiquent des intradermo-réactions contrôlées par une injection témoin de peptone. Après avoir constaté l'absence de réactions chez les enfants et les sujets réputés sains, ils peuvent conclure, d'après une importante statistique, que les lésions bucco-dentaires déterminent chez les malades un état d'allergie se traduisant par une réaction d'autant plus importante que l'infection a été plus forte.

L'intérêt de la réaction est manifeste chaque fois que l'on soupçonnera l'origine bucco-dentaire d'une affection générale, localement, avant une intervention stomatologique, elle permettra d'entreprendre une thérapeutique préventive des manifestations hypérergiques.

Phlegmon gangréneux circonscrit de la joue. — Dans cette observation, MM. Richard, Renault et Hennion font ressortir l'aspect récidivant et circonscrit des accidents évoluant chez un malade apyrétique qui conservera un bon état général malgré l'aspect impressionnant de lésions locales qui ont pu faire craindre une séquestration du malaire.

Du point de vue thérapeutique, ils soulignent l'intérêt qu'il y a, dans ces formes circonscrites, à se montrer ménager d'incisions et l'action très satisfaisante de l'emploi local d'une solution de sulfamide à saturation.

REVUE DES THÈSES

Tuberculose pulmonaire et vitamine C

Par le Dr Viriot

(*Thèse de Lyon*, juillet 1940)

Dans ce travail inaugural, où figurent de nombreuses observations et qui a donné lieu à des recherches particulièrement intéressantes, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° La classification utilisée dans l'étude des hémothorax survenant au cours des pneumothorax artificiels ou spontanés est uniquement clinique et basée sur les conditions dans lesquelles se rencontrent ces divers hémothorax.

2° La pathogénie de ces hémothorax est éminemment variable comme celle des diverses pleurésies du pneumothorax. Deux points spéciaux sont à considérer dans cette pathogénie : *a*) Pathogénie traumatique (rupture d'adhérences, rupture de bulles emphysémateuses abondamment vascularisées) ; *b*) pathogénie dyscrasique (modifications des conditions sanguines).

3° Le pronostic est lié avant tout à l'évolutivité de la tuberculose pulmonaire sous-jacente. Toutefois, il est utile de rappeler que le sang est un excellent milieu de culture microbienne et que ces épanchements sont, de ce fait, susceptibles d'une infection exogène ou endogène.

4° Le traitement de tels épanchements, outre le traitement symptomatique (ponctions évacuatrices, aspiration) est celui de la tuberculose pulmonaire responsable. De toutes façons, il est utile d'y associer le traitement hémopathique par la vitamine C, traitement qui a donné des résultats indiscutables, comme en font foi les observations colligées.

Ces conclusions sont à rapprocher de celles auxquelles arrive le Dr Faure-Beaulieu, dans le *Monde Médical*, du 15 décembre 1938, où il conseille de traiter tous les syndromes hémorragiques par la vitamine C.

Kucik-Schernowa et W. Kruger ont publié également les résultats qu'ils avaient obtenus avec la laroscorbine. La laroscorbine, c'est l'acide ascorbique gauche, la vitamine C synthétique cristallisée. On peut l'administrer par voie buccale sous forme de comprimés dosés à 5 centigrammes, par voie sous-cutanée, sous forme d'ampoules dosées à 10 centigrammes et par voie endoveineuse sous forme d'ampoules fortes dosées à 50 centigrammes ; d'après les auteurs (*Polik. Gaz. Lek.*, 1938, n° 47, et *Klin. Woch.*, 1939, n° 1), la laroscorbine, judicieusement administrée, provoque une amélioration très nette de l'état général et hyperactive les réactions défensives de l'organisme, non seulement dans les pleurites, les pleurésies, les pneumothorax, mais même chez tous les tuberculeux (W. Kruger).

INFORMATIONS

(suite de la page 122)

4e région ; Henri Chéreau, méd. cap., 4e région ; Marie du Suau de la Croix, méd. cap., 17e région ; Pierre Kuentz, méd. cap., 14e région ; Charles Pasquier, méd. cap., 11e région ; Louis Vincens, méd. cap., 16e région ; Etienne Cadenat, méd. cap., 17e région ; Robert Clément, méd. cap., région de Paris ; Paul Chaubet, méd. comm., troupes du Maroc ; Georges Villa, méd. cap., 16e région ; Joseph Pointis, méd. sous-lieut., 18e région ; Alfred Estor, méd. cap., 6e région ; Charles Keller, méd. comm., 20e région ; Henri Vigneron, méd. cap., 5e région ; Maurice Quignard, méd. cap., 5e région ; Elie Péchilliot, méd. cap., région de Paris ; Léon Bloch, méd. cap., 20e région ; Louis Chapelon, méd. cap., 14e région ; Maurice Vincent, méd. cap., 19e région ; Raymond Jousseaume, méd. cap., 3e région ; Gabriel Bardon, méd. comm., 18e région ; Pierre Frey, méd. cap., 3e région ; Pierre Simonin, méd. cap., 20e région ; Etienne Marteret, méd. cap., région de Paris ; Jules Bue, méd. cap., 1re région ; Laurent Prudot d'Avigny, méd. cap., 6e région ; Jean Hamon, méd. cap., 5e région ; Pierre Le Goff, méd. lieut., région de Paris ; Pierre Aubac, méd. cap., 18e région ; Bernard Caplong, méd. cap., 18e région ; Abel Queron, méd. cap., 18e région ; Robert Astruc, méd. comm., 14e région ; Raymond Darget, méd. comm., 18e région ; Robert Lougnon, méd. cap., 13e région ; Léopold Ginestet, méd. comm., 2e région ; Charles Grillet, méd. cap., 13e région ; Raymond Dubarry, méd. cap., région de Paris ; Jean Mathieu, méd. cap., 13e région.

Ministère des Finances. — Visites de contrôle. — Le *Journal Officiel*, du 31 janvier 1941, publie un arrêté fixant à 20 fr. la rémunération attachée aux visites de contrôle des agents de la région parisienne éloignés dans les départements d'Indre-et-Loire, de Maine-et-Loire et du Puy-de-Dôme.

Société de Médecine de Paris. — Le bureau de la Société de médecine de Paris, pour 1941, est constitué comme suit : Président : M. Georges Luys ; vice-présidents : MM. Lhermitte et Marcel Joly ; secrétaire général : M. A. Bécart ; secrétaire général adjoint : M. O. Luquet.

Réglementation des suppléments d'alimentation accordés aux malades. — Le *Bulletin Municipal Officiel*, du 5 février 1941, a publié l'arrêté fixant les conditions dans lesquelles peuvent être accordées, par ordonnance médicale, les suppléments d'alimentation accordés aux malades.

Croix-Rouge française. — Un décret, en date du 6 février 1941, porte fixation de statuts de la Croix-Rouge française.

Un arrêté du ministre de l'Intérieur nomme les membres du premier conseil d'administration de la Croix-Rouge française : Le Dr Louis Bazy, chirurgien des hôpitaux, secrétaire général de l'Académie de Chirurgie ; le comte Clauzel, ambassadeur de France ; M. Mérillon, ministre plénipotentiaire ; le professeur Pasteur Vallery-Radot, membre de l'Académie de Médecine ; le comte de Peretti de la Rocca, ambassadeur de France ; M. Rousssellier, conseiller d'Etat ; le général Verdier.

(*J. O.*, 6 février 1941.)

Le président du conseil d'administration est M. Louis Bazy.

Cours

Chaire de physiologie. — *Conférences de physiologie médico-chirurgicale.*

Le professeur Léon Binet, avec l'aide de ses collaborateurs, fera une série de conférences théoriques et pratiques, sur les questions suivantes : *L'Hémorragie, le Choc et l'Asphyxie.*

Les séances auront lieu tous les jours, à partir du 20 février, juqu'au 27 février. L'aspect théorique de chaque question sera traité à *quatorze heures*, au grand amphithéâtre de la Faculté ; les démonstrations pratiques seront faites au laboratoire de physiologie, à *quinze heures.*

Ces conférences s'adressent surtout aux internes en médecine et aux internes en chirurgie.

Clinique gynécologique. — Hôpital Broca (111, rue Broca), — Cours de perfectionnement. — M. le professeur Pierre Mocquot, assisté de M. R.-C. Monod, chirurgien des hôpitaux ; M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. R. Moricard, chef du laboratoire ; MM. Picard-Leroy et Goldefy, chefs de clinique ; M. P. Lejeune, ancien chef de clinique obstétricale ; M. J. Pulsford, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux ; Mlle S. Gothié, préparatrice du laboratoire, fera ce cours du 3 au 15 mars 1941.

Ce cours s'adesse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Le droit à verser est de 300 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, où à la salle Béclard, tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres (prof. M. Jean Troisier). — M. M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux et M. G. Brouet, agrégé, feront durant les mois de janvier, février, mars 1941, dix leçons sur : *Quelques problèmes fréquents dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.* Ces cours auront lieu *le dimanche matin, à 10 heures 30*, salle des cours de la Clinique de la Tuberculose.

Quatrième leçon : *Dimanche 16 février :* M. Brouet : *Les lobites tuberculeuses.*

Cinquième leçon : *Dimanche 23 février.* M. Bariéty : *Les cavernes dans la tuberculose fibreuse.*

Amphithéâtre d'anatomie. — M. le Dr Jean Braine, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques.

Leçons de technique opératoire (avec démonstrations sur le sujet). — Une série de dix leçons aura lieu du lundi 17 mars au jeudi 27 mars 1941, tous les jours de la semaine (sauf le dimanche), de 16 heures à 17 heures.

Ces leçons, *gratuites*, sont particulièrement destinées aux internes des hôpitaux.

Le nombre des auditeurs étant limité, prière de s'inscrire avant le 10 mars, 17, rue du Fer-à-Moulin (5e).

Institut d'Education Physique. — Cours d'information. — Ce cours est, en principe, destiné aux médecins des lycées et médecins-inspecteurs des écoles de Paris et du département de la Seine. Un certain nombre de médecins pourront, suivant les possibilités, être admis à les suivre.

Il a commencé le *lundi 10 février, à 9 heures*, au grand amphithéâtre de la Faculté et se continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants, à la même heure, soit au grand amphithéâtre, soit à l'Institut d'Education Physique de l'Université de Paris, 1, rue Lacretelle, où il sera suivi de démonstrations pratiques.

A l'issue de ce cours, il sera délivré un certificat d'assiduité.

Droits à verser : 50 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de Médecine, les lundi, mercredi, vendredi, de 14 heures à 16 heures, ou à l'Institut d'Education Physique, tous les après-midi, de 15 heures à 18 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser, de 15 à 18 heures, à l'Institut d'Education Physique, 1, rue Lacretelle.

Nécrologie

Pierre DUVAL
24 juin 1874-7 février 1941

Il y a trois semaines, Pierre Duval présidait encore la séance de l'Académie de Médecine. Puis on apprit qu'il avait subi une grave opération. Il s'est éteint vendredi dernier, soutenu jusqu'à ses derniers moments, par l'espoir de voir revenir son deuxième fils, prisonnier en Allemagne. Hélas, il n'a pas eu cette suprême consolation ! Son fils est arrivé trop tard...

Pierre Duval était un vieil ami pour moi. Nous avions commencé ensemble nos études médicales. Tout en lui permettait de prévoir une magnifique carrière : sa lumineuse intelligence, une rare érudition, une faculté d'assimilation extraordinaire, mise au service d'une grande ardeur au travail, enfin, un véritable talent d'exposition. Il a tenu, et au delà, toutes les promesses de sa jeunesse. C'est un très grand chirurgien qui disparaît aujourd'hui. Bien que je n'aie pas le cœur à énumérer les étapes de sa carrière, il me faut cependant les rappeler. Quant à son œuvre chirurgicale, d'autres, plus qualifiés que moi, la retraceront mieux que je ne saurais le faire.

Rappelons, cependant, brièvement, les beaux travaux qu'il consacra à la chirurgie de l'intestin, à la chirurgie des côlons, au prolapsus du rectum, ainsi que ceux consacrés à la pathologie chirurgicale du foie, du cœur et du poumon. Comme membre de la Conférence Médicale Interalliée, il publia encore des travaux sur le shock traumatique, la gangrène gazeuse, la suture primitive retardée et les plaies de guerre du poumon.

C'est en 1898 que Duval arriva à l'internat dans la promotion de Guillain, Lœper, Pagniez, Jeannin, Babonneix, Alglave et Sicard... Il fit son internat chez Polaillon, chez Félix Guyon, Lannelongue et Reclus. Ayant obtenu la médaille d'or de chirurgie, c'est chez Quénu qu'il fit sa cinquième année, en 1902. Cette année passée chez M. Quénu marqua le début d'une collaboration qu'on n'a pas oubliée. En 1904, Duval arrive à l'agrégation, en même temps que Morestin et Robert Proust. En 1905, il est chirurgien des hôpitaux et assure d'abord les consultations de la Salpêtrière, Laënnec et Cochin. En 1912, il est chef de service à Bicêtre. En 1914, il va à la Maison Dubois où il a comme interne notre très regretté collègue Brun, récemment décédé à Tunis. Après la guerre, Duval reprend un service à Lariboisière.

En 1920, il est nommé professeur d'opérations et appareils ; en 1921, il prend, enfin, la chaire de Clinique Chirurgicale de Vaugirard (fondation franco-brésilienne). On sait avec quel soin, il réalisa dans sa clinique, la collaboration médico-chirurgicale.

Membre de la Société Nationale de Chirurgie (aujourd'hui Académie de Chirurgie), il en fut le président en 1932. L'Académie de Médecine lui avait ouvert ses portes en 1925. Enfin, depuis le 1er janvier 1941, il avait été appelé à une présidence qui fut, hélas, éphémère.

Duval était Commandeur de la Légion d'honneur et Croix de guerre 1914, avec deux citations.

Pendant la guerre de 1914, alors qu'il était à la tête de l'autochir. 21 dans la région de Belfort, il venait parfois, avec Lemierre, me retrouver dans mon ambulance. Quels souvenirs je conserve de l'exquise camaraderie qui nous unissait comme de la constante amitié que l'un et l'autre m'ont conservée.

Les multiples occupations professionnelles de Duval ne l'avaient pas détourné de la vie de famille. Il avait un foyer qu'illuminait la présence de son admirable femme, trop tôt disparue.

Demeuré seul, il s'était consacré à ses fils, avait eu la joie de voir son fils aîné renouer une tradition de famille en entrant au barreau. Son second fils était entré brillamment à l'Ecole Normale Supérieure.

Qu'ils veuillent bien, tous les deux, recevoir l'affecteuse expression de la part très profonde que tous les amis de Duval prennent à leur douleur.

F. L. S.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort subite, à Paris, de notre collègue, Léon Hautefort, ancien interne des hôpitaux de Paris (1905), ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté, chirurgien en chef de l'hôpital N.-D. du Perpétuel Secours, membre de l'Académie de Chirurgie.

Hautefort avait été interne du Professeur Hartmann et de nos regrettés Maîtres Guinard et Ricard ; c'était un chirurgien de grande valeur, un excellent confrère qui était estimé de tous. Pendant la guerre de 1914, il avait appartenu à une auto-chirurgicale. Ses services de guerre lui avaient valu la Légion d'honneur et la croix de guerre. Il laisse d'unanimes regrets.

— On annonce aussi la mort du Dr Georges Laurens, ancien interne des hôpitaux de Paris (1893), oto-rhino-laryngologiste honoraire de l'hôpital Saint-Joseph, Commandeur de la Légion d'honneur.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 15-16. — 19-22 FÉVRIER 1941 114e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

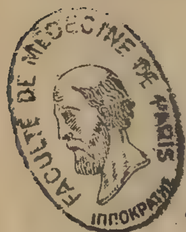
GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — TRAVAUX PRATIQUES DE CHIMIE 2e ANNÉE. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de chimie aura lieu, à dater du lundi 10 mars 1941, à 14 heures.

A cette série, pourront s'inscrire :

1° Les étudiants récemment démobilisés ;

2° Les étudiants dont les travaux pratiques n'ont pas été validés pour une raison quelconque ;

3° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en chimie biologique et pathologique avant la session d'examens de fin d'année.

Droit d'inscription : 150 francs (les démobilisés sont dispensés des droits).

S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

NOTE : Le Conseil de l'Université, dans sa séance du 27 janvier dernier, a décidé qu'en raison des circonstances, les congés des jours gras seraient supprimés cette année.

Secrétariat d'Etat de l'Instruction Publique. — Un décret, en date du 20 janvier 1941 (*J. O.*, 7 février 1941), décide la nomination, sur proposition du recteur, d'un vice-président du Conseil de l'Université, choisi parmi les membres du Conseil et résidant au siège de l'Université. Ses pouvoirs ont la même durée que ceux du Conseil et ne peuvent être renouvelés qu'après un intervalle de trois ans au moins. Le vice-président seconde le recteur et le supplée en cas d'absence ou d'empêchement.

Secrétariat général de la Jeunesse. — Le *Journal Officiel* du 9 février publie un arrêté fixant les mesures d'application de la loi du 18 janvier 1941, instituant un stage obligatoire dans les chantiers de la jeunesse (stage de huit mois entre 18 et 23 ans).

L'aptitude physique est constatée par des Commissions spéciales suivant les données médicales énoncées par ledit arrêté. (*J. O.*, 9 février 1941, pp. 656 à 659.)

Secrétariat général de la Famille et de la Santé. — Sont nommés membres de la Commission supérieure de contrôle : M. Codvelle, directeur de la Santé, président ; M. R. Bacquart, conseiller d'Etat ; M. Roux-Berger, chirurgien des hôpitaux de Paris.

DIRECTEURS RÉGIONAUX — M. le Dr Blanquis est placé en résidence à Limoges ;

M. le Professeur agrégé Melnotte résidera à Nancy ;
M. le Dr Triollet résidera à Châlons-sur-Marne ;
M. le Dr Lelong résidera à Besançon ;
M. le Dr Claret résidera à Clermont-Ferrand.
(*J. O.*, 11 février 1941.)

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. le Dr Bergeron, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est affecté, à titre temporaire, en qualité de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Naugeat (Haute-Vienne), en remplacement de M. le Dr Bauer, démissionnaire.
(*J. O.*, 2 février 1941.)

M. le Dr Cappelle, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1939, est affecté, à titre provisoire, en qualité de médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources (Meuse), en remplacement de M. le Dr Doussinet, appelé à d'autres fonctions. (*J. O.*, 8 février 1941.)

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Mme le Dr Hascher, inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Vosges, est mise en congé sans solde, sur sa demande, à compter du 1er décembre 1940, en application des dispositions de l'article 7 de la loi du 11 octobre 1940. (*J. O.*, 8 février 1941.)

M. le Dr Hyronimus est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé du Nord, en remplacement de M. le Dr Vielledent, appelé à d'autres fonctions.

M. le Dr Saddier, nommé inspecteur de la santé dans le département des Landes, est affecté en la même qualité dans le département du Tarn.

M. le Dr Foucaud, médecin inspecteur de la santé de l'Aisne, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé du Loir-et-Cher, en remplacement de M. le Dr Grenoilleau, appelé à d'autres fonctions..

M. le Dr Pappas, directeur du bureau municipal d'hygiène de Montpellier, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé, en remplacement de M. le Dr Scherb, placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940.

M. le Dr Digeon est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Calvados.

(*J. O.*, 11 février 1941.)

Sanatoria. — M. le Dr Feret, médecin directeur du sanatorium départemental du Rhône à Saint-Hilaire-de-Touvet (Isère), est affecté au sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire), en remplacement de M. le Dr Reumaux, placé dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940.

M. le Dr Thorain, médecin directeur du sanatorium de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret), est nommé médecin directeur du sanatorium départemental du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), en remplacement de M. le Dr Feret, nommé médecin directeur du sanatorium de la Guiche.

Mme le Dr Pouret, médecin adjoint au sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne), est placée dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940.

M. le Dr Gerard est nommé médecin adjoint au sanatorium de Trestel (Côtes-du-Nord). (*J. O.*, 8 février 1941.)

M. le Dr Carpentier est nommé médecin adjoint au sanatorium départemental de la Savoie, à Hauteville (Ain).

M. le Dr Rossignol, médecin adjoint au sanatorium de la Savoie, à Hauteville (Ain), est nommé, à titre provisoire, médecin directeur de cet établissement, en remplacement de M. le Dr Pavie, décédé.

M. le Dr Lorion, médecin adjoint des sanatoriums publics, est réintégré dans les cadres.

M. le Dr Lorion, médecin adjoint des sanatoriums publics, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin directeur du sanatorium de Ponteils (Gard).

(*J. O.*, 11 février 1941.)

Légion d'honneur. — Guerre (*Réserve*). — Sont inscrits au tableau spécial pour *Officiers* :

Le médecin commandant Simon (Jacques-René), 20e région, croix de guerre avec palme ; le médecin lieutenant-colonel Monod (Robert), région de Paris, chirurgien consultant de l'H. O. E. 2, no 2 ; croix de guerre avec palme.

Pour *Chevaliers* : le médecin capitaine Camoreyt (Georges-H.-J., 13e région, H. O. E. 1 no 15 ; croix de guerre avec palme ; le médecin lieutenant Douville (Jean-J.-E.), 2e région, ambulance médicale no 93 ; croix de guerre avec palme.

(*J. O.*, 6 février 1941.)

Marine. — Tableau spécial de la Légion d'honneur :

Pour *Chevalier* : M. le médecin de 1re classe Borneuf.

Ecole du Service de Santé militaire. — Le *Journal Officiel* du 11 février publie la décision fixant le prix du trousseau des élèves de l'Ecole du Service de Santé pour 1940-1941.

Le prix varie suivant la catégorie, de 1.472 francs à 3.398 fr.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Ordre des Médecins

IV

Les conditions spéciales et les difficultés que nous avons énumérées ont déterminé, pour M. S. Huard, les seuls modes possibles d'organisation de l'Ordre des Médecins.

Qu'il s'agisse d'un Ordre ou d'une Corporation, la règle est que les membres des Conseils soient élus par leurs pairs. Il en est ainsi dans les Ordres des Avocats, mais là, la question se présente de façon fort différente. Ces Ordres existent et fonctionnent depuis des siècles ; les règles professionnelles sont bien établies et acceptées ; les Conseils n'ont qu'à s'employer à les maintenir. Pour les médecins, il faut d'abord les établir pour ceux qui les ignorent ou veulent les ignorer, les rappeler à ceux qui les ont oubliées et les faire accepter par tous. Comme vraisemblablement cela n'ira pas sans heurts, il faudra que ces conseils se dressent contre les abus et les répriment. Comment demander à un corps électoral, dont une bonne partie tire des avantages matériels de ces pratiques abusives et illicites, de nommer eux-mêmes des conseillers pour sévir contre elles ? Il y aurait eu toute chance pour que les élus fussent, eux-mêmes, inféodés à ces pratiques ou tout au moins eussent été choisis parmi les plus complaisants vis-à-vis de ces abus.

D'autre part, l'opposition de principe manifestée par quelques-uns et celle encore plus marquée de certains groupements préexistants, risquaient fort, lors du vote, de se traduire par l'envoi aux Conseils de partisans de l'état antérieur et, par le fait, d'opposants au principe même de la réforme.

On ne pouvait donc procéder que par désignation directe.

Mais encore cette désignation était une source de difficultés nouvelles. A côté des syndicats qui groupaient un grand nombre de médecins, il y avait des corps constitués, corps d'élite, que, jusque-là, il était d'usage de consulter sur l'opportunité des choix, des projets ou des réformes. Or, les syndicats avaient été dissous et, sous peine de faire paraître cette dissolution comme une mesure visant spécialement ces groupements ainsi exclus de toute consultation, il n'était guère possible de demander leur avis à ces corps constitués quelle que fut, par ailleurs, leur qualité. Au reste, pour ne pas avoir été consultés, ils n'en possèdent pas moins un nombre important des leurs dans les Conseils.

Ces Conseils, ainsi constitués, le présent se trouve réglé, mais il faut penser à l'avenir. Il ne suffit pas, en effet, d'établir le principe d'une réforme, encore faut-il, si on veut qu'elle porte les fruits qu'on est en droit d'en espérer, qu'elle puisse durer, et durer assez longtemps pour qu'elle ait la possibilité de s'acclimater. Les Conseils ne sont nommés que pour un an et ce délai qui leur est imparti est bien court : il leur sera déjà difficile, dans ce laps de temps, de mener à bien l'installation des organisations nécessaires. Si bien qu'on peut craindre d'avoir des élections prématurées, avant même que tout soit définitivement réglé; en tout cas, les réformes entreprises n'auront certainement pas eu le temps de s'acclimater. Dès lors, des élections dans ces conditions, avec un corps électoral insuffisamment adapté, ne pourraient, par l'envoi aux Conseils d'opposants au principe ou de trop complaisants aux abus, que risquer de voir remettre en question toute l'œuvre entreprise.

Dans de telles organisations, ce qui importe le plus c'est la continuité, continuité de vues, de doctrine et d'effort. Ne serait-il donc pas imprudent, alors qu'il s'agit d'une création de toute pièce, de procéder chaque année à des élections totales des Conseils ? Ainsi l'effort pourrait fort bien ne pas être poursuivi pendant plus d'une année dans le même sens. Il serait certainement préférable que le renouvellement ne portât que sur une minorité, le quart par exemple. C'est une méthode qui se pratique dans beaucoup de groupements et qui a toujours donné toute satisfaction; il est bien certain qu'elle donnerait les mêmes heu-
l'Ordre des Médecins (1).

A. Herpin.

(1) Voir *Gaz. des Hôp.*, nos 7-8, 9-10 et 13-14.

Nécrologie

Le Dr Siméon Baqué, médecin consultant à Luchon.

— Le Dr Marcel Baudouin, ancien syndic de l'Association de la Presse Médicale française, décédé en Vendée, dans son pays natal, où il s'était retiré il y a de nombreuses années.

— Le Dr Bonnes, à Nîmes.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

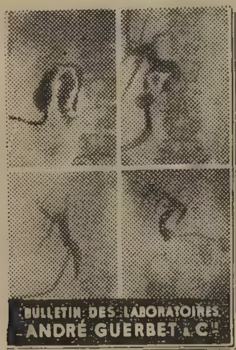
Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », parue dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouët a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée,** expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Elle est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Dr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple,** moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes ;* **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*



AMPUTATIONS DE JAMBE

Par George Pascalis

S'il ne s'agissait que d'énumérer les différents procédés d'amputation de jambe, mieux vaudrait renvoyer le lecteur aux *Traités de Médecine Opératoire*, notamment à celui de Farabeuf qui en est la substance même. On y trouve des techniques excellentes, d'autres proprement détestables ; d'autres enfin ne trouvent d'exceptionnelles indications qu'en permettant, dans certains traumatismes d'utiliser au mieux les parties molles vivantes. Aussi bien, il ne faut pas l'oublier, il s'agit là d'un livre d'amphithéâtre. L'expérience lourde des guerres nous a beaucoup appris. Les résultats, étudiés sur une vaste échelle d'une part, les nécessités de l'appareillage d'autre part, ont permis une discrimination entre les différents procédés.

Pour donner un bon résultat pratique, une amputation de jambe doit laisser le maximum de longueur au levier, fournir un moignon bien matelassé, bien irrigué, bien énervé, avec une cicatrice souple et non adhérente. Enfin, et c'est capital, elle doit permettre un appareillage facile et indolore.

Le principal point d'appui du moignon — plus ou moins conique une fois accommodé — est son pourtour supérieur. Epine tibiale, partie inférieure des plateaux tibiaux, tête du péroné, portent chez les vieux appareillés, des callosités qui en sont témoignage. Le sommet du moignon constitue un point d'appui complémentaire. Il importe peu que la cicatrice passe par ce sommet, si elle est souple et non adhérente.

Le pourtour supérieur ne constituera un bon point d'appui que si la crête tibiale est abrasée, le péroné sectionné quelques centimètres plus haut que le tibia pour ne point porter douloureusement contre le cône jambier de l'appareil.

Si l'amputation est nécessitée par des troubles circulatoires, l'épreuve de Moscowicz, l'oscillométrie, voir l'artériographie permettront de fixer le niveau de l'exérèse.

On sait que l'épreuve de Moscowicz consiste à porter sur la verticale le membre atteint et, après quelques instant, à placer, bien serrée, une bande d'Esmarch depuis les orteils jusqu'à mi-cuisse. Le membre étant ramené à l'horizontale la bande est déroulée de bas en haut. S'il est sain il se teinte en rose de haut en bas. S'il est malade il se colore par plaques irrégulières et l'hyperhémie cesse au niveau de l'oblitération artérielle. Cette épreuve, je l'ai montré, risque de faire amputer trop bas. Il faut porter le couteau un peu plus haut que le niveau fixé par elle. Ces indications ne sont d'ailleurs que relatives et soumises aux règles que nous allons préciser.

Lorsque l'ablation du membre est la conséquence d'un traumatisme c'est évidemment le siège de la blessure qui conditionne le niveau de l'exérèse.

L'expérience a montré qu'il y a à la jambe trois niveaux d'amputation recommandables : au-dessous du lieu d'élection, au tiers inférieur, au niveau des malléoles. Je l'ai écrit au lendemain de la grande guerre. Leriche l'a dit au début de celle-ci.

L'amputation haute est mauvaise, elle laisse un bras de levier trop court, ne permet pas une bonne utilisation du genou pour l'appareillage, donne une mauvaise assiette : en dehors d'exceptions, imposées par certaines professions, il y a mieux à faire qu'à marcher le genou plié sur un pilon.

L'amputation au tiers moyen est excellente à condition de ne point utiliser le lambeau externe. C'est un procédé d'amphithéâtre qui a le grave défaut de comprimer les vaisseaux (collés à la face profonde des muscles) sur le squelette.

La méthode circulaire est préférable ; elle a cependant l'inconvénient de laisser sur son contour antérieur une collerette cutanée dépourvue de doublure musculaire et donne trop souvent une cicatrice ombiliquée et adhérente.

Le procédé à deux lambeaux latéraux égaux échappe à tous ces reproches et donne des résultats incomparables.

L'amputation au tiers inférieur, dite à lambeau postérieur, laisse un grand bras de levier, donne un bon moignon et permet un appareillage aisé.

Le Syme enfin donne un membre solide, apte à tous travaux, d'appareillage facile et invisible.

Je décrirai ces trois opérations, la première avec quelques détails, puisque Farabeuf l'a traitée en parente pauvre ; sur les deux autres, connues de tous, je serai bref, ne donnant que les « trucs » qui en rendent l'exécution aisée.

Amputation intramalléolaire par le procédé de Syme

L'opération va, après avoir détaché un lambeau talonnier qui doit être *largement pédiculé*, enlever le pied dans sa totalité, dégager le pourtour inférieur du squelette jambier et l'abattre d'un trait de scie passant à la base en malléoles. Un aide, soulevant le membre et mettant le pied en flexion dorsale, présente la plante à l'opérateur. Celui-ci, du pouce et de l'index gauches, repère les malléoles et, à l'aide d'une lame large et courte, trace une incision unissant, en sous pied, directement le sommet de la malléole externe à un point situé à 1 cm. au-dessous de la malléole interne. Cette incision doit être menée à fond, jusqu'à l'os : un deuxième coup de couteau dans le même trajet sectionnera ce qui aurait pu échapper. Immédiatement le lambeau talonnier est saisi par une pince à dent de souris et détaché du calcanéum, le plus loin possible : un aide qui sait pousser en avant la saillie talonnière facilite singulièrement ce temps et évite certainement la perforation du lambeau : les tendons péroniers en dehors, le jambier postérieur en dedans se dérobent souvent. Ils doivent être tranchés à fond au cours de cette manœuvre. Le chirurgien empaume alors de la senestre le dos du pied, l'abaisse et, de la pointe du couteau réunit, par le plus court chemin, les deux extrémités de l'incision plantaire. Ici encore la lame doit aller à fond sur le billot astragalien. Le col de cet os doit apparaître dénudé d'emblée.

Abaissant toujours davantage la pointe du pied, de quelques coups de tranchant on achève l'ouverture du ligament antérieur de la tibiotarsienne, puis on insinue la lame entre chaque malléole et la saillie astragalienne correspondante. Pointe basse. Il suffit d'abaisser le manche du couteau pour que soient sectionnés les deux ligaments latéraux. L'articulation baille largement et on a sous les yeux la face profonde articulaire de la capsule doublée de ses ligaments. Tendons, vaisseaux et nerfs noyés dans la graisse, sont derrière elle. Les premiers sont liés, les seconds infiltrés et coupés haut. La main gauche tire le pied vers l'opérateur, en même temps qu'elle incline la plante en arrière — deux gestes qui doivent aller en s'exagérant à mesure qu'avance la besogne. La droite, armée du couteau détache de la face supérieure du calcanéum toutes les parties molles, depuis l'extrême gauche jusqu'à l'extrême droite. La senestre tord le pied de façon à bien présenter au tranchant les parties à attaquer cependant que l'aide, de la paume, repousse fortement en avant l'os. Le tendon d'Achille apparaît vite, est désinséré et le pied tombe.

La peau étant soulevée par un écarteur, de la pointe du couteau, introduite sous la partie molle au contact de l'os, on dénude l'extrémité inférieure du squelette jambier d'un mouvement circulaire de gauche à droite.

Avec un peu de souplesse dans le poignet la chose est simple et rapide et les tendons sont libérés de leurs gaines ostéo-fibreuses. L'extrémité inférieure des os de la jambe apparaît dénudée : les parties molles abritées sous une compresse, on saisit la malléole interne dans un davier de Farabeuf et, d'un coup de scie, on abat malléoles et plateau tibial. A l'amphithéâtre la discipline veut qu'il reste « large comme une pièce de 0,50 de cartilage » au plafond du tibia. Aimable plaisanterie en pratique.

Il faut faire l'hémostase avec le plus grand soin et quelques souvenirs d'anatomie, à défaut de jets sanglants, ne sont point toujours inutiles. Aussi bien pour l'énervation qu'il ne faut point négliger. Suturer les uns aux autres,

de quelques points de catgut, les tendons antérieur et postérieurs pour éviter qu'ils ne se rétractent trop fortement ; enfin les parties molles. On n'y saurait apporter trop de soin : une exacte coaptation, sans godronnages, sans hernies adipeuses, avancera singulièrement la guérison. Un petit drain sera, par mesure de prudence, laissé en place durant 48 heures. Un pansement légèrement compressif, largement ouaté terminera l'opération. Il devra appliquer le lambeau sur l'os pour éviter tout espace mort.

Amputation au tiers inférieur par le procédé a lambeau postérieur

Je dis lambeau postérieur (bien que les classiques prêtent à cette opération deux lambeaux) parce que l'antérieur long de 2 à 3 cm. ne joue d'autre rôle que de porte-fil et qu'il n'y a pas à en tenir compte dans le calcul de l'étoffe à ménager.

Le lambeau cutané doit être plus large que la demi-circonférence du membre. Il va être doublé d'abord par le triceps sural puis par les muscles de la couche profonde et leur aponévrose : fléchisseur commun, jambier postérieur, fléchisseur propre du gros orteil, sectionnés en deux temps. Il devra être taillé suffisamment long pour que, ayant perdu par rétraction un tiers de son étendue il reste largement égal au diamètre du membre. D'autre part, il faut se garder de le faire pointu. Il doit, à son sommet, être très large, le plus large possible, les angles à peine arrondis. Son bord externe chemine exactement derrière le péroné, son bord interne sur la face cutanée du tibia en avant du bord interne de l'os. Ce ne sont pas là détails superflus, mais manière d'assurer un résultat de qualité. Un aide soulève le membre qui dépasse, à partir du genou, la table d'opérations ; il assure au moment voulu la compression des vaisseaux fémoraux. Le chirurgien soutenant le pied de la main gauche se place à l'extrémité du membre, d'où il n'a pas à bouger, se contentant, à mesure qu'il agit, de soulever pour *voir* ce qu'il fait. Il a marqué le niveau de son exérèse, calculé la longueur et surtout la largeur de son lambeau. Attaquant de la pointe, et utilisant ensuite toute la lame il commence son incision derrière le péroné ou sur la face cutanée du tibia, descend jusqu'au point de réflexion, fait une reprise et, attaquant au talon, tranche perpendiculairement les téguments par le travers du tendon d'Achille, arrondissant à peine les angles. Soulevant le membre à mesure, il trace la branche ascendante de son lambeau derrière le péroné et sur le tibia et l'arrête exactement au niveau du point de départ. Un deuxième coup de tranchant sépare les téguments qui ont pu échapper jusque-là. Abaissant le membre, d'un coup de lame, à 3 cm. sous la partie haute des incisions premières, il taille un petit lambeau cutané antérieur et le détache des parties sous-jacentes.

Le membre est confié à l'aide qui le soulève pour présenter le mollet et met le pied en flexion dorsale. L'opérateur, de deux coups de pointe dégage les bords du tendon d'Achille de l'aponévrose superficielle, le pince entre pouce et index et le sectionne au ras de la peau rétractée de la superficie vers la profondeur. Même geste pour les muscles profonds. Deux coups de pointe vont ouvrir l'aponévrose jambière profonde le long du tibia et du péroné, pouce et index profitant de ce jour saisissent les muscles profonds, les détachent soigneusement du squelette jambier et les sectionnent de la superficie vers la profondeur suivant le biseau mené à travers le tendon d'Achille. Quelques coups de pointe assurent la libération parfaite d'un lambeau charnu abondant et bien irrigué. Le membre abaissé on sectionne les muscles antéro-externes au ras du petit lambeau cutané antérieur rétracté et après avoir libéré l'aponévrose le long des os on la relève vers la rotule.

Le squelette étant bien dépouillé, un coup de pointe en 8 de chiffre sectionne la membrane interosseuse. On place la compresse à trois chefs et on scie le squelette. Pour cela il faut abattre d'abord la crête du tibia d'un trait oblique de haut en bas et d'avant en arrière, puis par une reprise horizontale, achever de sectionner l'os principal. Le péroné, contrairement aux règles classiques, gagnera à être coupé en second, à quelques centimètres plus haut. L'hémostase a été assurée chemin faisant avec le plus grand soin, l'énervation correctement exécutée après infiltration, puis on suturera l'un à l'autre au moyen de quelques brins de catgut, les deux plans du lambeau postérieur au petit lambeau antérieur. Un petit drain sera mis en place pendant 48 heures, avant de terminer la suture cutanée qu'il faudra faire très soigneusement.

Amputation de jambe a deux lambeaux latéraux arrondis

Ces lambeaux cutanés vont être égaux, en 1/2 lune. Plutôt que de faire pointu il faut tailler carré à angles très arrondis. Ils devront être assez amples pour dépasser, après rétraction, la moitié du diamètre jambier. Si le diamètre est de 12 cm. par exemple, ils devront avoir 9 cm. de hauteur pour revenir à 6 après libération. Mieux vaut tailler 10 pour avoir trop d'étoffe — surtout chez les gras où la souplesse des téguments est amoindrie. La commissure antérieure sera placée à un bon centimètre en dehors de la crête du tibia. Je ne vois aucun avantage à doubler comme le recommande Farabeuf, le lambeau interne du périoste tibial. On risque, en ayant détaché avec lui quelques parcelles osseuses, d'avoir un lambeau induré. Le membre malade soutenu par un aide dépasse jusqu'à mi-cuisse la table d'opérations. Un assistant comprime les vaisseaux fémoraux. L'opérateur place, au bout du membre, et un peu à droite, et, de quelque côté qu'il s'agisse, l'empaumant au niveau de la cheville lui imprime un mouvement de rotation tel, qu'il voit ce qu'il fait. Rotation interne forcée d'abord, qui va présenter la face postérieure du mollet pour tailler le lambeau externe, d'arrière en avant ; rotation externe ensuite, de plus en plus marquée, qui permettra de tailler d'avant en arrière le lambeau interne. Les lambeaux taillés, bien libérés et rétractés, les muscles vont être tranchés. J'ai utilisé la coupe circulaire que conseille Farabeuf dans sa trop brève description du procédé à deux lambeaux — procédé purement cutané ici — c'est illogique et je lui préfère la taille de deux lambeaux séparés. L'externe va comprendre les muscles de la loge antéro-externe, jambier antérieur, extenseur propre du I, extenseur commun et la moitié du triceps sural qui sera entamé sur la ligne d'union des jumeaux. L'interne sera formé par la moitié interne du triceps sural et les muscles profonds de la loge postérieure, c'est-à-dire jambier postérieur, fléchisseur du I. Fléchisseur commun.

Ainsi les deux lambeaux comprennent-ils des masses charnues équivalentes, bien irriguées par les vaisseaux qui n'ont rien à redouter du voisinage de l'os et du rabattement des muscles. La taille en sera aisée, rapide et sans risque. Lorsqu'elle est exécutée il reste à scier le squelette ; on le dénude du talon et la compresse à trois chefs est mise en place ; on attaque le tibia obliquement et d'avant en arrière, de façon à en abattre la crête, puis, la scie est dégagée et reprend transversalement. Le péroné est scié ensuite 3 cm. plus haut, ou bien désarticulé. Rapidement l hémostase est assurée, les nerfs réséqués tout en haut de la plaie, comme il a été dit plus haut, les lambeaux charnus juxtaposés par quelques catguts, la peau suturée avec beaucoup de soin en laissant la place en arrière à un petit drain. Un pansement ouaté terminera l'intervention.

On aura ainsi un moignon parfait, indolore, matelassé avec exéburance, bien vascularisé, j'y insiste, et donnant, pour l'appareillage, toutes les facilités. Je ne connais pas de procédé à la jambe, qui vaille celui-là.

Chirurgie und rheumatische Krankheiten, von Dozent Dr A. Fonio, Chefarzt des Bezirksspitals Langnau (Bern, Schweitz), 230 Seiten, 26 Abbildungen, Ausland-Ladenpreis : RM 11,25, Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig, 1939.



LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Le syndrome Guillain-Barré chez l'enfant

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Le 13 octobre 1916, MM. Guillain et Barré présentaient à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, un mémoire concernant une nouvelle affection caractérisée, cliniquement, par des signes de radiculo-névrite, et, biologiquement, par une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, les cellules restant en nombre normal, tandis que le taux de l'albumine s'élève à 0 gr. 70 % et plus. Retrouvé par de nombreux auteurs, ce syndrome, sur l'étude duquel est encore revenue la Société de Neurologie de Paris, en 1939-1940, est rattaché par M. Dechaume à une inflammation de la gaine de Schwann, à une schwannite. On en connaît à peine une dizaine de cas chez l'enfant, la plupart ayant été rassemblés par MM. Garesso et Segrega dans leur intéressante monographie. M. E. Peluffo (de Montevideo) vient de lui consacrer une bonne étude dans les *Archives de Pédiatrie de l'Uruguay* (mars 1940, pp. 141-150), à propos d'un cas personnel. Il en rappelle d'abord l'étiologie : que la maladie survienne spontanément ou à l'occasion d'une infection locale ou générale, sa nature infectieuse ne laisse pas de doute : ne débute-t-elle pas par une période fébrile ? Son évolution, ses caractères anatomiques et cliniques, ne plaident-ils pas dans le même sens ? Il s'agit évidemment d'un ou de plusieurs virus neurotropes qui, au lieu de se fixer sur les cornes antérieures ou les ganglions rachidiens, attaquent la région périaxile des rameaux nerveux constituant les racines, déterminant ainsi, une réaction non lymphocytaire, comme dans le premier cas, mais hyperalbumineuse (Alajouanine). Les lésions consistent en une infiltration plasmo-lymphocytaire de la gaine de Schwann, avec début de dégénérescence du cylindre et en une congestion méningée généralisée, qui explique l'hyperalbuminose. La maladie débute par un malaise fébrile, auquel font suite des troubles nerveux, les uns cliniques : paralysies de type périphérique, flasques, habituellement à forme paraplégique, sans troubles sphinctériens, sans modifications des réflexes abdominaux ni des réactions électriques, mais avec de nombreuses perturbations de la sensibilité et, parfois paralysies craniennes (Alajouanine, Govaerts), les autres biologiques, consistant en une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, avec, quelquefois, xanthochromie. L'évolution est généralement favorable, mais les réactions méningées durent assez longtemps.

C'est un cas de ce genre qu'a observé M. Peluffo. Chez un garçon de 15 ans, au décours d'une fièvre typhoïde grave, apparurent des troubles neurologiques évoluant en deux phases : une première encéphalitique, avec altérations profondes des facultés psychiques, hypertonie, tremblement, hyperréflectivité, signe de Babinski, à droite, albuminorrhachie discrète, une seconde, où tous les symptômes encéphalitiques avaient disparu, sauf les troubles intellectuels, mais où se développèrent de l'hypotonie musculaire, une perte progressive des forces, de l'aréflexie tendineuse et une atrophie musculaire prédominant sur les fessiers et sur les muscles sacro-lombaires, c'est-à-dire très voisine de celle qu'on observe dans les myopathies, douleurs à la pression des masses musculaires, dissociation albumino-cytologique, paralysies craniennes. Au bout de quatre mois, grâce à la vitamine B1 et à la strychnine, une grande amélioration se produit, mais il persiste une forte diminution de l'intelligence, la paralysie faciale et du strabisme de l'œil gauche. Après six mois, le liquide céphalo-rachidien était redevenu normal.

D'autres fois, comme nous l'avons observé (*Gazette des Hôpitaux*, 24 janvier 1934, n° 7, p. 117), la symptomatologie est, en gros, celle de la paralysie infantile, et c'est cette hypothèse qui est admise jusqu'à la ponction lombaire.

Comment se pose la question du diagnostic ?

Pour éliminer la myopathie vraie, on tiendra compte des éléments suivants :

1° *Rapidité de l'évolution*, la myopathie vraie ayant un début insidieux, progressif, et, une fois installée, ne cessant de s'aggraver lentement jusqu'à la mort ;

2° *Absence de caractère familial ;*

3° *Présence de signes rares dans la myopathie* : sensitifs, portant aussi bien sur la sensibilité subjective que sur la sensibilité objective ; moteurs : paralysies craniennes, tremblement, hypertonie, ataxie (Alajouanine) ; réflexes psychiques : qu'ils soient intellectuels ou caractériels ; sympathiques : fièvre ;

4° *Constance d'une hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien*, le chiffre des leucocytes restant normal. Sans doute, existe-t-il parfois, dans la myopathie, quelques modifications du liquide céphalo-rachidien, comme nous avons pu le constater avec Mlle A. Wilm, mais jamais, à notre connaissance, on n'a signalé, dans la myopathie, de dissociation albumino-cytologique. Quant au diagnostic avec la *paralysie infantile*, il se fondera surtout sur la constatation — inconstante — d'une épidémie de poliomyélite ; sur les signes moteurs, qui ne sont jamais de nature à évoquer l'idée de myopathie, et, par dessus tout, sur les résultats de la ponction lombaire, qui ramène un liquide clair, hypertendu, riche en lymphocytes, et où l'albumine n'est augmentée que parallèlement au nombre des leucocytes.

Quel traitement instituer ? Celui des infections neurotropes : injections intraveineuses — si possible — de salicylate de soude ou d'urotropine ; injections intramusculaires ou intraveineuses de composés dérivés de l'iode ; injections intramusculaires de cultures de *B. prodigiosus*, sulfamides administrés par voie buccale (G. Guillain et Mlle Corre). Inutile d'ajouter que le traitement causal doit être complété par un traitement symptomatique, dont l'électrisation fera la base.

Ordre National des Médecins

Conseil Supérieur de l'Ordre
60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e)

SOINS AUX FAMILLES ET AUX TRAVAILLEURS RESSORTISSANTS DES CAISSES-MALADIE ALLEMANDES

(*Communiqué*)

En exécution d'une convention passée entre le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins Français et la K. V. D. (Union des Médecins de Caisses d'Allemagne),

Les médecins français de la zone occupée sont avisés qu'ils peuvent être amenés à donner leurs soins aux ressortissants des Caisses-maladie allemandes résidant en France (membres des familles des ouvriers ou employés travaillant en Allemagne ; ouvriers ou employés eux-mêmes, quand ils sont en congé en France).

Voici le texte de la convention :

L'Union des Médecins de Caisses d'Allemagne (*K. V. D.*) et *Le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins de France*, avec l'autorisation du Militärbefehlshabers in Frankreich, décident ce qui suit :

I. — L'Ordre des Médecins de France s'engage à assurer, au nom de la K. V. D., le traitement médical ordinaire (non hospitalier) des ayants droit des Caisses de maladies légales allemandes (Caisses locales, régionales, Caisses d'entreprises et de corporations, Caisses de compensation et de métiers), pour autant que ces ayants droit ont leur domicile ou leur résidence en France. En particulier en ressortissent : les membres de la famille des ouvriers français travaillant en Allemagne et assurés aux Caisses-maladie allemandes, pour autant qu'ils ont droit aux prestations familiales pour maladie et aux allocations pour femmes en couches ; les travailleurs français assurés par les Caisses-maladie allemandes, qui tombent malades en France ou y sont revenus malades ; divers autres assurés des Caisses-maladie allemandes et leurs ayants droit résidant en France.

Un règlement complémentaire déterminera les preuves à fournir par lesdites personnes pour justifier leurs droits vis-à-vis des Caisses-maladie légales d'Allemagne.

II. — Sur la base de la présente Convention, le traitement médical sera donné par les médecins français inscrits à l'Ordre des médecins — étant entendu qu'aucun médecin ne peut exercer son art en France s'il n'est inscrit sur les rôles de l'Ordre.

Le médecin qui estimerait ne pas pouvoir donner ses soins, en vertu de la présente Convention, devra en exposer les raisons au Conseil de l'Ordre qui statuera.

Le traitement médical comprend les soins donnés au cabinet du médecin et au domicile du malade, y compris les frais de déplacement jusqu'au domicile du malade (frais de transport et perte de temps), et les soins médicaux spéciaux. Il ne comprend pas les soins médicaux aux malades qui ont été transportés dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, hospice, etc.).

L'Ordre des Médecins de France garantit que les soins seront suffisants et appropriés, mais ne dépasseront pas les bornes des besoins nécessaires.

III. — A titre de rémunération pour les soins médicaux donnés en vertu de la présente Convention, la K. V. D. verse à l'Ordre des Médecins (Secrétariat administratif du Conseil supérieur de l'Ordre) pour chaque cas traité, une somme forfaitaire ayant action libératoire. Il incombe à l'Ordre des Médecins de France de répartir entre les médecins ayant participé au traitement, des honoraires résultant du montant dudit forfait. Les médecins ne peuvent présenter leurs réclamations qu'à l'Ordre des Médecins. Le forfait versé par la K. V. D. au Secrétariat administratif de l'Ordre National des Médecins de France, s'élève uniformément à mks : 6,50 par cas, pour chaque décompte trimestriel.

IV. — L'Ordre National des Médecins de France (Secrétariat administratif) communique à la Direction de la K. V. D. ou au service désigné par celle-ci, au plus tard deux mois après la fin de chaque trimestre civil, le nombre de cas traités pendant le trimestre écoulé et transmet en même temps le certificat de maladie prévu pour justifier le droit aux prestations. Le certificat de consultation d'un autre médecin remplace le certificat de maladie lorsque le malade est envoyé à un médecin français par un médecin de caisse allemand ou à un médecin spécialiste par le médecin de famille français. La K. V. D. verse à l'indemnité trimestrielle au plus tard quatre semaines après réception des pièces. Les explications qu'appelle le droit applicable aux médecins de caisse d'Allemagne sont fournies dans une annexe jointe à la présente Convention.

La présente Convention entrera en vigueur le 1er janvier 1941. L'une des deux parties peut dénoncer la Convention à la fin de chaque trimestre après préavis de quatre semaines.

Paris, le 14 décembre 1940.

Ordre National des Médecins de France : Dr Marcel Fèvre, Dr Hollier ; — Union des Médecins de Caisses d'Allemagne, Association de Droit Public, Dr Grote ; — Secrétariat Général de la Famille et de la Santé, pour authentification et garantie de la signature de l'Ordre des Médecins, Dr Pellissier, Dr L. Collesson.

Annexe à la Convention conclue entre la K. V. D. et l'Ordre National des Médecins de France

Article 2, 1er alinéa. — Dans le traitement au cabinet du médecin, les malades ont le libre choix parmi tous les médecins inscrits au rôle de l'Ordre des Médecins de France.

Pour le traitement à domicile, le malade ne peut appeler, si la visite comporte le paiement de frais de déplacement, que celui des médecins ci-dessus désignés qui habite le plus près, ou un de ces médecins dont le cabinet n'est pas éloigné du domicile du malade de plus de deux kilomètres que celui du médecin le plus voisin — à moins que le médecin traitant ne demande pas de supplément pour frais de déplacement — ou que le malade prenne ce supplément à sa charge.

Le malade ne doit pas changer de médecin au cours d'un même traitement. Toutefois le médecin de famille consulté peut éventuellement ordonner les soins d'un médecin spécialiste. Dans ce cas, le traitement par un deuxième médecin compte comme un nouveau cas au sens de l'article 3 de la Convention.

Article 2, 3e alinéa. — Sont considérés comme soins médicaux spéciaux :

— Les examens aux rayons X, les traitements aux rayons X et au radium ; — les électro-cardiogrammes et les recherches de métabolisme basal ; — les recherches de laboratoire faites par le médecin, y compris les solutions colorées et les réactifs.

— *En outre*, les traitements par la lumière, la chaleur, les radiations et autres traitements électro-physiques ; — les traitements orthopédiques et médico-mécaniques, ainsi que les massages, lorsqu'ils sont exécutés par le médecin lui-même ou sous la direction d'un médecin et sous sa surveillance continue.

— *Enfin* : la surveillance de bains et d'inhalations dans les cas pour lesquels il est exceptionnellement nécessaire que les bains et les inhalations soient dirigés par un médecin.

Article 2, 4e alinéa. — D'après cette disposition, le médecin doit refuser des soins qui ne sont pas ou ne sont plus nécessaires ; prescrire une médication économique par sa méthode et son importance, en particulier en ce qui concerne les médicaments et les produits thérapeutiques, et éviter à la Caisse des dépenses autant que la nature de son service le permet.

Article 3. — Par « cas » il faut comprendre tout malade traité par un médecin dans le courant d'un trimestre du calendrier. Il en est de même lorsque la maladie soignée en premier lieu provoque une autre maladie, ou lorsqu'une autre maladie se déclare au cours du traitement, ou que pendant un trimestre le malade n'a pas eu besoin de soins pendant un certain temps, et plus tard est soigné de nouveau par le même médecin pour la même maladie ou pour une autre. Un traitement médical qui s'étend d'un trimestre du calendrier sur un autre sera considéré comme un cas nouveau pour le nouveau trimestre.

Le médecin ne doit demander d'honoraires personnels à un malade qui justifie son droit aux prestations d'une Caisse-maladie légale d'Allemagne que dans les cas suivants : *a*) lorsque le malade demande expressément à ne pas être soigné en vertu de la présente convention et le certifie, par conséquent lorsqu'il renonce expressément aux prestations qui lui sont dues par la caisse-maladie allemande. Dans ce cas, aucune ordonnance ne doit être établie au compte de la caisse-maladie ; *b*) pour des certificats demandés par le malade dans un intérêt purement personnel. Les renseignements et les certificats dont la Caisse-maladie a besoin pour remplir sa tâche, sont couverts par le forfait prévu à l'article 3 ; *c*) pour des lettres écrites par le médecin dans l'intérêt du malade et à sa demande.

Note explicative

D'un accord mutuel il a été décidé entre la Kassenaerztliche Vereinigung Deutschlands (K. V. D.), d'une part, et l'Ordre des Médecins de France, d'autre part, que

L'Ordre des Médecins en France garantit — et cela à partir du 1er janvier 1941, sur la demande de la K. V. D. — tous les soins médicaux (en dehors des hôpitaux et cliniques) aux personnes qui réclament les soins médicaux gratuits d'une caisse-maladie allemande légale, habitant en France ou y séjournant actuellement.

En particulier les personnes suivantes :

1) Les membres des familles des travailleurs qui, pour diminuer le chômage actuel en France, ont été embauchés pour des travaux en Allemagne ;

2) Ces travailleurs mêmes, s'ils tombent malades en France pendant leur congé ou s'ils retournent malades en France ;

3) Les assurés des caisses-maladie allemandes qui séjournent actuellement en France.

Le traitement médical comprend les soins médicaux donnés au domicile du médecin ou au domicile du malade, y compris les frais de déplacement (frais de déplacement, perte de temps). Il comprend en outre les traitements médicaux comme : examens aux rayons X, traitements par les rayons X et le radium, les électro-cardiogrammes et les recherches de métabolisme basal, les recherches de laboratoire faites par le médecin (y compris les solutions colorées et les réactifs nécessaires, les traitements par la lumière, les traitements orthopédiques et médico-mécaniques, ainsi que les massages, s'ils sont exécutés par le médecin même ou si leur exécution est dirigée et continuellement surveillée par lui ; enfin la surveillance des bains et d'inhalations, si exceptionnellement une telle surveillance s'avère comme nécessaire.

Le traitement médical donné par les membres de l'Ordre des Médecins en France *ne comprend pas* les soins donnés aux malades qui se trouvent dans un hôpital ou une clinique et qui y sont en traitement.

Les membres de l'Ordre des Médecins en France doivent être attentifs à ce que les soins médicaux soient suffisants et conformes, mais ne dépassent pas la mesure du nécessaire. Le médecin doit donc refuser les soins qui ne sont pas ou qui ne sont plus nécessaires, il doit administrer économiquement les médicaments et produits thérapeutiques, en ce qui concerne leurs qualité et quantité.

Les ayants droit aux soins médicaux gratuits se présentent avec un *certificat de maladie* de la Deutsche Krankenkasse für die besetzten französischen Gebiete (Caisse-maladie allemande), qui a installé une agence à Paris (7e), 23, quai d'Orsay, Tél. INV-61.95 ; et à Lille, 201, boulevard de la Liberté.

Ce certificat est établi :

1) *Pour les membres des familles des travailleurs occupés en Allemagne* : par la mairie du lieu de leur habitation ou de l'habitation de leur famille ; exceptionnellement, par l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande) ;

2) *Pour les travailleurs qui retournent en France* : par l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande) ;

3) *Pour les assurés de Caisses-maladie allemandes, occupés en France* : par l'employeur ou par l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande).

Pour chaque cas de maladie, le médecin traitant reçoit un certificat de maladie de la part du malade.

Par « cas de maladie », il faut comprendre : tout malade traité par un médecin dans le courant du trimestre civil. Pareillement si la maladie soignée en premier lieu engendre une autre maladie, ou si une autre maladie se déclare au cours du traitement, ainsi que si le malade n'ayant pas besoin de soins pendant un certain temps du trimestre civil, tombe malade plus tard de la même maladie ou d'une autre, et est soigné par le même médecin. Un traitement médical, qui s'étend d'un trimestre civil à un autre, sera considéré comme un cas nouveau pour le nouveau trimestre civil. Dans ce cas, le malade doit apporter un nouveau certificat de maladie au médecin. Lorsque le médecin traitant croit nécessaire l'intervention d'un spécialiste, il certifie brièvement au malade quel traitement spécial est à ordonner et l'envoie à un médecin spécialiste.

Cette *feuille de transmission*, établie par le médecin traitant, a la même valeur pour le spécialiste que le certificat de maladie pour le médecin traitant.

Si le malade a besoin d'être hospitalisé, le médecin traitant certifie brièvement la nécessité de soins à l'hôpital en indiquant la maladie, et envoie le malade avec ce certificat à l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande), à Paris ou à Lille.

Ce certificat, pour soins à l'hôpital, ne peut être délivré que dans des cas d'absolue nécessité.

Si l'assuré — les membres de la famille exceptés — se trouve en état d'incapacité de travail, d'après la constatation objective du médecin traitant, l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse-


JÉCOL

maladie allemande), paie à l'assuré une indemnité de maladie pendant la durée de son incapacité de travail.

Le paiement de l'indemnité de maladie par la Caisse-maladie allemande ne peut avoir lieu que si le médecin traitant certifie à l'assuré qu'il est en état d'incapacité de travail.

Par « incapacité de travail » il faut entendre l'incapacité de fournir le travail rémunéré habituel ou un travail similaire ; ceci est, d'après la législation des Assurances sociales allemandes, la formule pour « incapacité au travail ».

L'assuré doit annoncer de suite son incapacité au travail en présentant le certificat de son médecin à l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande). S'il ne le fait pas, son droit à l'indemnité de maladie est perdu jusqu'au jour de la notification de sa maladie. Le paiement de l'indemnité à l'agence de la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande), se fait par semaine et en vertu d'un certificat du médecin traitant qu'il y a eu incapacité au travail du...... au......

Des formules pour l'incapacité de travail et le paiement de l'indemnité de maladie sont à la disposition des assurés à la Deutsche Krankenkasse (Caisse-maladie allemande).

Pour ne pas charger outre mesure la Caisse-maladie et pour éviter des abus, les médecins sont instamment priés de n'émettre les certificats d'incapacité de travail qu'avec la plus grande attention et seulement dans les cas où le médecin peut parler objectivement d'une incapacité de travail réelle.

Les honoraires du médecin, pour les soins donnés en vertu de l'accord entre l'Ordre des Médecins en France et la K. V. D., seront réglés par l'Ordre des Médecins sur présentation du certificat de maladie qui lui a été remis par le malade. C'est l'Ordre des Médecins qui est chargé de la répartition des sommes reçues globalement de la K. V. D.

Aucun honoraire ne peut donc être perçu directement du malade lui-même par le médecin.

Le médecin traitant enverra les certificats de maladie à l'Ordre des Médecins à la fin du trimestre civil, c'est-à-dire, pour la première fois, au début du mois d'avril 1941. Celui-ci versera la somme correspondante au médecin traitant. Les détails supplémentaires concernant le règlement des comptes avec l'Ordre des Médecins seront publiés ultérieurement. Si un médecin se tient pour incompétent pour l'exécution des règlements fixés entre l'Ordre des Médecins de France et la K. V. D., il est prié de bien vouloir indiquer ses raisons par lettre au Conseil de l'Ordre des Médecins de son département.

Le Certificat de Maladie (Krankenausweiss) représente au remboursement une somme de 6 marks 50 (130 francs français).

Le certificat de transmission du malade à un spécialiste a la même valeur (6 marks 50) et sert de pièce comptable au spécialiste pour se faire rembourser par l'Ordre départemental.

La durée de validité des certificats de maladie et des certificats de transmission est d'un trimestre civil (1er janvier au 31 mars, 1er avril au 30 juin, etc.).

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Secrétariat de l'Ordre :

Pour Paris et Seine, 28, *rue Serpente, Paris-6e* (Danton 93-42).

Pour Seine-et-Oise, 12, *rue de l'Eglise, Epinay-sur-Orge. Tél.* 1.

Ordre départemental

(Communiqué)

L'Ordre des Médecins a été officiellement avisé :

1° De ce que la Commission pour l'examen des dérogations à la loi du 16 août, n'a été nommée par décret que le 3 février 1941. Le premier arrêté, retirant le droit d'exercer la médecine à 43 étrangers ou fils d'étrangers, est daté du 6 février 1941.

Les autres arrêtés suivront au fur et à mesure des délibérations de la Commission. Etant donné l'ampleur et la complexité des demandes, il faut prévoir de dix à douze mois pour que ce travail soit complètement achevé.

2° De ce qu'un *numerus clausus* applicable aux Juifs à l'entrée des études médicales est envisagé. C'est le Secrétariat d'Etat à l'Instruction Publique qui doit prendre une décision à ce sujet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 février 1941

Rapport. — Au nom de la Commission des Restrictions, M. Rathery lit son rapport sur l'*éducation physique et les besoins alimentaires*.

Il propose à l'Académie d'émettre les vœux suivants :

1° L'éducation physique bien comprise et judicieusement appliquée, sous un contrôle médical sévère, constitue un des plus utiles moyens que nous possédions pour permettre un développement normal de l'enfant et de l'adolescent. L'Académie est pleinement d'accord avec les Pouvoirs Publics pour favoriser le développement de l'éducation physique et des sports à l'école, dans les collèges et les Universités, et regrette qu'elle n'ait eu, jusqu'ici, qu'une place trop limitée.

2° Par contre, une adaptation défectueuse de la capacité physique à l'effort, un exercice musculaire mal compris poussant à l'athlétisme et non aux sports et une alimentation insuffisante, aboutissent fatalement au *surmenage* qu'il faut éviter à tout prix.

3° L'Académie croit devoir insister tout particulièrement sur la nécessité absolue qu'il y a à proportionner cet exercice physique à la ration alimentaire.

4° Tout exercice musculaire exige une ration alimentaire supplémentaire et l'importance de cette ration est fonction directe du travail fourni.

5° L'exercice musculaire étant indispensable au développement des organismes jeunes, il faut de toute importance, afin de rendre possible cet exercice physique, fournir cette ration de supplément.

6° Dans l'impossibilité de fournir la ration alimentaire indispensable, il faut proportionner la valeur de l'effort physique demandé à l'importance de cette ration.

7° Il y aurait intérêt à prolonger le temps quotidien de repos des enfants et des adolescents ; on diminuerait d'autant les besoins caloriques et ces calories épargnées par un temps de sommeil plus prolongé pourraient être heureusement utilisées pour les dépenses nécessitées par l'exercice physique.

8° La surveillance fréquente du poids pourrait être un test intéressant et facile à utiliser pour se rendre compte de la correction de la ration alimentaire. Il ne saurait, du reste, être le seul.

Ces vœux sont adoptés.

Quelques considérations sur l'alimentation des femmes

L'Assistance Publique vient d'adresser aux accoucheurs des hôpitaux une circulaire dans laquelle elle les prie de déterminer quelles substances ou produits pharmaceutiques pourraient être donnés aux femmes expectantes ou accouchées, afin de compenser, dans la mesure du possible les insuffisances éventuelles dues aux difficultés du ravitaillement.

La circulaire ministérielle du 11 décembre 1940 classait les femmes enceintes dans la catégorie Travailleurs. Ce régime alimentaire est insuffisant. Quant aux substances ou produits pharmaceutiques pouvant compenser les insuffisances des produits alimentaires, la chose est assez difficile. Pourtant la diminution des albuminoïdes courantes pourrait être atténuée par la poudre de caséine qui, à poids égal, vaut trois fois la viande. Cette poudre sera facilement incorporée dans des potages pourvu qu'elle subisse l'ébullition. Les graisses sont difficilement remplaçables mais on promet de nous donner des huiles de poisson dont le goût serait épuré. On peut, en outre, augmenter les rations de *glucides*, le glucose sacchariné rendrait les plus grands services. Quant aux *vitamines* que nous absorbons normalement dans nos aliments frais, elles sont difficilement remplaçables par des extraits car leurs produits d'origine font défaut. On devra s'adresser aux *produits de synthèse* dont un certain nombre ont été réalisés.

Les *mères nourrices* ont droit à une alimentation supplémentaire dès la naissance de l'enfant. En cas de restriction forcée, le glucose sacchariné, les vitamines synthétiques, les sels calcaires et *ferriques* devront être prescrits.

En terminant cet exposé nous ferons remarquer que la quantité des différents aliments absorbés est une chose, mais leurs rapports entre eux en est une autre au moins aussi importante. En effet, les physiologistes ont montré que la présence des glucides, des *lipides* et de certains sels étaient indispensables pour assurer la bonne assimilation des albuminoïdes.

La pratique de la transfusion de sang dilué en thérapeutique humaine. — MM. Léon Binet et M. Sureau rappellent les travaux expérimentaux effectués au début de 1940 sur la dilution du sang ; ils soulignent que la pratique du sang dilué permet une économie de sang, facilite les injections abondantes destinées à lutter contre l'effondrement de la masse sanguine au cours des hémorragies suraiguës et contre la concentration du sang au cours du choc ; enfin, et surtout, cette pratique permet de lutter contre la nocivité de certains échantillons de sang conservé.

Ils rapportent, dans leur note, les résultats de traitements réalisés chez l'homme en partant du sang conservé, recueilli depuis plusieurs semaines et secondairement dilué dans le sérum physiologique.

On a été obligé, dans certaines circonstances, d'utiliser des échantillons remontant à 4, 6 et 7 semaines ; dilués dans du sérum physiologique, ils ont été tolérés et ont rempli leur rôle curateur.

La morphologie comparée de la tête et du crâne de l'homme. — M. le Médecin Général Pasteur.

Essai de diagnostic de la syphilis humaine par l'inoculation à la souris. — M. Milian.

Comité secret. — L'Académie a décidé que dans sa prochaine séance elle procédera à l'élection d'un président en remplacement du regretté Pierre Duval et d'un vice-président en remplacement de M. Sergent qui prendra la présidence.

Prix de Monaco. — Le sujet choisi pour 1941 est : *Sécrétion rénale*. Le prix paraît donc devoir être attribué à M. Ambard.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N[os] 17-18. — 26 FEVRIER-1[er] MARS 1941 114[e] ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HÔPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

48, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6[e]. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6[e]) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Asiles et établissements départementaux de la Seine. — Un concours pour huit places d'internes titulaires en pharmacie des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri-Rousselle, de l'hospice Paul-Brousse, à Villejuif, de l'Institut du Cancer et de l'hôpital Franco-Musulman, s'ouvrira à Paris, le 27 mars 1941.

Le nombre de places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'Assistance Dépatementale, 3[e] bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, escalier A, 2[e] étage, porte 227), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 24 février 1941 au 8 mars 1941.

Faculté de Médecine de Paris. — MM. les étudiants originaires de nos colonies ou de pays de protectorat, sont invités à se présenter *d'urgence* au secrétariat de la Faculté (guichet 1), tous les jours, de 14 heures à 17 heures, en vue de formalités à remplir concernant leur situation matérielle.

Le cours d'hématologie (2[e] série) aura lieu du 5 au 27 mai prochain.

Les inscriptions seront délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h.

Faculté de Médecine de Lille. — Sont chargés de cours : MM. Bizard (pharmacologie) ; Nayrac (bactériologie) ; Devos (anatomie) ; Ingelrans (propédeutique chirurgicale) ; Auguste (pathologie interne) ; Piquet (clinique oto-rhino-laryngologie) ; Boulenger (chimie biologique). Sont désignés pour 1940-1941, agrégés chargés d'enseignement : MM. Coutelen (parasitologie) ; Boulenger (chimie biologique) ; Bizard (physiologie) ; Razemon (pathologie externe) ; Ingelrans (médecine opératoire) ; Pelliez (accouchements) ; agrégés et chefs de travaux, MM. Swyngedauw (physique) ; Balâtre (pharmacie) ; Warembourg (bactériologie) ; agrégés et chefs de travaux, M. Devos (anatomie) ; chefs de travaux, MM. Vielledent (chimie minérale) ; Durvillier (physiologie) ; Morel (histologie) ; Duthoit (anatomie pathologique) ; Dehay (botanique et matière médicale) ; Merville (chimie).

Faculté de Médecine de Lyon. — Sont chargés d'enseignement, M. Roman, agrégé (parasitologie) ; M. Dufourt, agrégé libre (clinique de tuberculose en remplacement de M. Paul Courmont, retraité) ; M. Enselme (chaire d'hydrologie, en remplacement de M. Piéry, retraité).

Faculté de Médecine de Montpellier. — Sont chargés de cours, MM. Delphaut (pharmacologie) ; Romieu (embryologie) ; Arnoux (chimie minérale) ; Guillot (toxicologie) ; Gabriel (cryptogamie) ; Carcassonne (clinique chirurgicale infantile) ; Derrien (chimie biologique) ; Périot (clinique des maladies contagieuses) ; Figharelle (clinique gynécologique) ; Dor (médecine opératoire). Sont chargés d'enseignement pour 1940-1941 : MM. les agrégés Piéri (clinique exotique) ; Dubouloz (physique et électro-radiologie) ; Balansard (zoologie et matière médicale) ; Moiroud (pathologie externe) ; Pinéo (pathologie interne) ; Brahic (pathologie générale). Sont chargés de travaux pratiques : MM. les agrégés Saulet (parasitologie) ; Paillas (anatomie pathologique) ; Delphaut (pharmacodynamie). M. Derrien est chargé des fonctions d'agrégé (chimie médicale). M. Boyer est nommé pour 1940-1941 chef des travaux de bactériologie.

Ecole de Médecine d'Angers. — M. le D[r] René Rousseau est chargé provisoirement du cours de clinique ophtalmologique.

Ecole de Médecine de Besançon. — M. le Prof. Ledoux, directeur, est renouvelé pour trois ans.

Secrétariat général de la Famille et de la Santé. — INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le D[r] Benech, directeur du bureau municipal d'hygiène de Nancy, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de Meurthe-et-Moselle, en remplacement de M. le D[r] Levy.

Mme le Dr Lacambre, directrice du bureau municipal d'hygiène de Nantes, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé et affectée dans la Loire-Inférieure.

Mme le Dr Morel-Latil, directrice du bureau municipal d'hygiène de Villeurbanne, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Vaucluse.

M. le Dr Roblin, directeur du bureau municipal d'hygiène de Poitiers, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Vienne.

M. le Dr Guiol, directeur du bureau municipal d'hygiène d'Hyères, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Var.

M. le Dr Guibert, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de Meurthe-et-Moselle, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Gironde.

M. le Dr Altenbach, directeur du bureau municipal d'hygiène de Versailles, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de Seine-et-Oise.

M. le Dr Boulangier, médecin inspecteur de la santé du Puy-de-Dôme, est affecté, à titre temporaire, en la même qualité, dans le département du Rhône.

M. le Dr Salauze, inspecteur départemental d'hygiène de la Manche, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de la Nièvre.

M. le Dr Serane est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé du Puy-de-Dôme.

M. le Dr Thouvenin, directeur du bureau municipal d'Epinal, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé des Vosges, en remplacement de M. le Dr Basse, appelé à d'autres fonctions.

M. le Dr Mathieu, directeur du bureau municipal d'hygiène de Clermont-Ferrand, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de l'Allier, en remplacement de M. le Dr Bonnet, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Bestieu, directeur du bureau d'hygiène de Toulon, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé et affecté dans le département des Bouches-du-Rhône.

M. le Dr Poulain, directeur du bureau municipal d'hygiène de Saint-Etienne, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de la Loire.

M. le Dr Cayet, chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de l'Aube, non installé, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé du Gard, en remplacement de M. le Dr Alcay, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Basse, inspecteur départemental d'hygiène des Vosges, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de Seine-et-Oise, en remplacement de M. le Dr Aublant, appelé à d'autres fonctions.

M. le Dr Andrieux, directeur du bureau municipal d'hygiène de Rennes, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de la Manche, en remplacement de M. le Dr Salauze, appelé à d'autres fonctions.

Mlle le Dr Roche est nommée, à titre temporaire, médecin inspecteur adjoint de la santé de la Côte-d'Or.

M. le Dr Hoffmann est nommé, à titre temporaire, médecin inspecteur adjoint de la santé du département de Meurthe-et-Moselle.

M. le Dr Roger Petit est nommé, à titre temporaire, médecin inspecteur adjoint de la santé du département de l'Oise.

Mme veuve Dol est nommée, à titre temporaire, médecin inspecteur adjoint de la santé du département de l'Aisne, à compter du 1er janvier 1940.

M. le Dr Dubas est nommé, à titre temporaire, médecin inspecteur adjoint de la santé d'Eure-et-Loir.

Mme le Dr Berthezenne, chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de la Nièvre, non installée, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Ain.

M. le Dr Giraud est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Hérault.

M. le Dr Alsac est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Ille-et-Vilaine.

M. le Dr Tabourey est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Charente.

M. le Dr Maret est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Vosges.

Mlle le Dr Lequin, directrice du bureau municipal d'hygiène de Gennevilliers, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Eure.

M. le Dr Susini, directeur du bureau municipal d'hygiène de Vichy, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Allier.

M. le Dr Hamon est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Seine-Inférieure.

M. le Dr Birbis est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Gironde.

M. le Dr Procureur, inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Calvados, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé d'Indre-et-Loire.

M. le Dr Mèle est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Jura.

M. le Dr Filippi est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Cantal.

M. le Dr Dupuy, inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Calvados, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint à la santé du Gers.

Mlle le Dr Blanc est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Bouches-du-Rhône.

M. le Dr Violet, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Isère est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Drôme.

Voir la suite des Informations, page 181.

Ordre des Médecins

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE
28, rue Serpente, Paris (6e)

Sur la demande du secrétaire général du Conseil nous répétons l'important avis suivant :

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine communique ce qui suit aux médecins de ce département :

La loi du 26 octobre 1940, instituant l'Ordre des Médecins, stipule que « nul ne peut exercer la médecine s'il n'est habilité par un Conseil Professionnel, dit Conseil de l'Ordre des Médecins » (article premier) et que « dans chaque département, le Conseil de l'Ordre des Médecins dresse un tableau public des personnes qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine, sont admises par lui à pratiquer leur art » (article 8).

Vous êtes prié, pour solliciter votre inscription au tableau, de remplir préalablement le questionnaire ci-dessous en donnant toutes les précisions demandées :

1° Nom ; 2° prénoms ; 3° nom de naissance (en cas de changement de nom) ; 4° date et lieu de naissance ; 5° nationalité : est-ce votre nationalité d'origine ? Sinon, est-elle acquise par le mariage ou par naturalisation, et à quelle date ?; 6° nationalité du père et de la mère : ont-ils été naturalisés, et à quelle date ? 7° êtes-vous marié ? 8° votre conjoint (ou conjointe) possède-t-il la nationalité française à titre originaire ? ; 9° domicile actuel ; 10° date et lieu de soutenance de la thèse ; 11° titres universitaires et hospitaliers ; 12° distinctions honorifiques ; 13° spécialité ; 14° où exercez-vous ? ; 15° avez-vous exercé en d'autres endroits ? ou ? et quand ? ; 16° êtes-vous attaché à un service hospitalier public ou privé ? lequel ou lesquels ? et à quel titre ? ; 17° quels sont les organismes qui font appel à vous régulièrement ? (tribunaux, assurances, compagnies, établissements privés, dispensaires, cabinets d'affaires, etc. ?) ; 18° avez-vous un associé ou un assistant dans l'exercice de votre profession ? quels sont son nom, ses titres et sa nationalité d'origine ? ; 19° avez-vous des intérêts dans un organisme ou dans une entreprise touchant les professions médicale ou para-médicale ? ; 20° avez-vous encouru des peines judiciaires ou syndicales concernant votre activité professionnelle ? lesquelles ? à quelle date ?; 21° avez-vous encouru des condamnations de Droit commun ? lesquelles ? à quelle date ? ; 22° quel est l'état de vos services militaires ? ; 23° êtes-vous en règle avec la Caisse des Allocations Familiales ?

Veuillez faire suivre ce questionnaire de la formule suivante : « Je demande mon inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins de la Seine, je jure sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité ; j'autorise toutes les vérifications nécessaires et je m'engage à envoyer au Conseil de l'Ordre un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes ». Veuillez, enfin, dater, signer et adresser votre demande, avant le 1er mars 1941, au *Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine*, 28, rue Serpente, Paris (6e).

Toute fausse déclaration entraînerait le refus de l'inscription au Tableau de l'Ordre sans préjudice des sanctions judiciaires.

N. B. — Les intéressés peuvent se procurer la formule du questionnaire au secrétariat du Conseil de l'Ordre, 28, rue Sepente, Paris (6e).


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

REVUE GENERALE

L'ICTÈRE DANS LES CIRRHOSES

Par M. André Breton
Médecin des Hôpitaux de Lille

Toute cirrhose, quelle qu'en soit sa nature, peut présenter à un instant donné au cours de son évolution dans son tableau clinique un ictère. Cet ictère est toujours intéressant à étudier. Très différent d'ailleurs suivant les circonstances de son apparition, il mérite chaque fois qu'on s'attache à en dégager la signification.

Ou il naît, en effet, et meurt en même temps que la cirrhose. Il se confond alors dans la symptomatologie d'ensemble dont il fait partie intégrante. Il ne donne lieu à aucune observation particulière.

Ou il se révèle comme un phénomène intercurrent, accidentel, au cours d'une cirrhose commune réputée habituellement non ictérigène. Il s'affirme dès lors comme une véritable complication redoutée, sinon redoutable. Au pronostic déjà réservé de la cirrhose il ajoute un élément d'inquiétude. Il annonce par sa venue l'éclosion future d'accidents qui peuvent compromettre définitivement la vie du malade.

Nous allons donc avoir à passer en revue pour être complet :

— et les cirrhoses ictérigènes
— et les ictères dans les cirrhoses veineuses.

Deux chapitres différents de pathologie : le premier rarement observé, le second beaucoup plus fréquent. Comme il est logique de s'y attendre, nous leur consacrerons des temps inégaux d'étude.

***

Les cirrhoses ictérigènes que nous abordons ici en premier lieu, nous offrent comme type de description le syndrome de Hanot, l'ancienne cirrhose biliaire.

Le tableau clinique mentionne avant tout autre signe : l'ictère.

A l'observation, cet ictère se révèle net, franc, verdâtre, noir, avec cholémie marquée et cholalémie moins haute.

Il apparaît classiquement chez un sujet qui est porteur d'une grosse rate, d'un gros foie, qui n'a aucune trace d'ascite et une absence parfaite de circulation collatérale au niveau de l'abdomen. Parfois il y a de l'hippocratisme des doigts. Malgré l'importance de la jaunisse, l'état général est excellent et la diurèse est vraiment satisfaisante.

Or, fait caractéristique, l'ictère va durer et va évoluer des années sous le masque d'un ictère infectieux récidivant, avec accès fébriles successifs dont chacun souligne une poussée évolutive d'hépatite. Il finira même par devenir permanent tout en conservant dans son fond un caractère intermittent. Toutefois, il s'atténuera à la fin, alors qu'apparaîtra un léger degré d'ascite. La mort se produira enfin, tardivement, au milieu de symptômes d'insuffisance fonctionnelle du foie. L'autopsie décélera au niveau du viscère des lésions d'hépatite mésenchymateuse avec sclérose insulaire et intralobaire suivant le schéma de Charcot.

Si l'on désire connaître plus à fond la vraie nature du syndrome, l'on est rapidement arrêté dans cette investigation : l'affection est vraiment rare ; quelles que soient les recherches auxquelles elle donne lieu, elle demeure à nos yeux énigmatique. Son étiologie nous échappe. La syphilis la simule parfois.

C'est tout ce que nous en connaissons de précis.

De cette cirrhose biliaire classique, il faut rapprocher la cirrhose biliaire hypertrophique dite maligne ou la triade ictère gros foie, grosse rate est accompagnée de violents accès de fièvre et de manifestations précoces d'insuffisance hépatique. C'est une sorte de maladie de Hanot qui tourne court en quelques semaines, à vie brève, où l'autopsie découvre, non plus de la sclérose, mais des réactions insulaires et intralobulaires formées de tissu néoformé contenant dans ses mailles un amas hyalin de mononucléaires et de cellules conjonctives jeunes.

A côté de ces deux types de cirrhose biliaire, signalons, puisqu'on les a décrit, mais en insistant sur leur caractère de rareté :

Les cirrhoses ictérigènes calculeuses, fréquentes jadis au temps ou la lithiase n'était pas traitée ainsi qu'elle l'est aujourd'hui.

Les splénomégalies hépatolytiques et ictérigènes de l'adulte qui rentrent dans la catégorie des cirrhoses d'origine splénique, formes de transition entre la Maladie de Banti et la Maladie de Hanot.

Les cirrhoses familiales hypertrophiques ictérigènes dont MM. Debré et Seringue, Olmer, ont rapporté quelques cas au cours de ces dernières années.

Or, quelque soit la cirrhose ictérigène en présence de laquelle l'on se trouve, il faut insister sur le fait que l'ictère fait partie constamment du tableau semeiologique. C'est donc bien un symptôme de la maladie. Ce n'est pas une complication. Il se perd au milieu du complexe clinique. Il n'a pas une valeur propre par lui-même.

***

De toute autre importance est l'ictère qui apparaît au cours de l'évolution d'une cirrhose commune. Rappelons tout d'abord qu'historiquement son existence a commencé simplement par en être niée. Monneret, Charcot, Jaccoud ne pouvaient en concevoir autrefois la possibilité parce qu'ils opposaient dogmatiquement les cirrhoses veineuses aux cirrhoses biliaires.

Il n'acquit droit de cité en France qu'après les travaux de MM. Castaigne, Chauffard, N. Fiessinger et le mémoire de Gilbert et M. Lereboullet.

Aujourd'hui, il n'est plus discuté par personne depuis les publications récentes de MM. Rathery, Loeper et Lemaire, Chabrol et la thèse de Siguier, qui en fait une mise au point parfaite.

Sa présence au cours d'une cirrhose veineuse ne peut d'ailleurs surprendre un esprit averti si l'on veut bien se rappeler, ainsi que l'écrit M. Chabrol, qu'il prend naissance dans un organe dont la fonction essentielle est l'excrétion de la bile et dont la structure intime est bouleversée, voire même labourée, par le tissu conjonctif si intense dans cette cirrhose. Sa fréquence actuelle est estimée à 25 % au moins des cas. C'est dire l'intérêt que présente son étude.

Cette étude comporte la discussion de deux problèmes de valeur différente :

— un problème pratique : sa gravité clinique,
— un problème théorique : sa signification pathogénique.

Ce sont ces deux problèmes que nous allons envisager successivement :

Le Problème Clinique. — Quelle valeur faut-il attribuer à l'ictère?

Tout cirrhotique est d'abord un fragilisé hépatique. Nous en avons des témoignages indiscutables. Son urine renferme fréquemment de l'urobiline. Son sang présente souvent de l'hypercholémie.

Il n'est donc aucune surprise de voir apparaître chez pareil sujet un ictère ou un subictère.

Dès son apparition, cet ictère, ce subictère sera l'objet d'un examen attentif.

L'œil appréciera son intensité par la teinte plus ou moins jaune des téguments et des muqueuses.

La clinique recherchera s'il existe des signes dits d'intoxication saline : du prurit, de la bradycardie.

L'analyse des urines notera la présence et l'importance des pigments, des sels biliaires et des cylindres s'il en existe.

L'examen des selles indiquera leur couleur.

Une recherche de laboratoire établira le dossier biolo-

gique. La technique d'Hymans Van den Bergh renseignera en particulier sur le taux de la cholémie, celle de Chabrol, Charonnat et Jean Cottet par la réaction phospho vanillique sur la hauteur de la cholalémie, celle de Grigaut sur le chiffre de cholestrol sanguin.

Le thermomètre signalera s'il existe de la température et l'allure de la courbe.

C'est ainsi qu'on acquérera une première impression pour juger l'ictère.

C'est alors que quelques notions peuvent, avec une certaine approximation, apporter quelques clartés supplémentaires, optimistes ou pessimistes, sur l'avenir de cette jaunisse.

Il faut, dans le jugement que l'on est tenté de porter, tenir compte :

A. — Du passé du malade. Si ce passé est chargé en incidents hépatiques, surtout au cours des dernières années.

B. — Du type anatomoclinique de la cirrhose. La forme hypertrophique anascitique est moins grave, semble-t-il, que la forme ascitique, celle-ci étant moins dangereuse que la forme atrophique.

C. — De la date de naissance de l'ictère dans l'histoire de la cirrhose.

L'ictère prémonitoire précédant de 4 à 18 mois les manifestations proprement dites de la cirrhose et l'ictère du tout premier début de la cirrhose confirmée sont moins alarmants que ceux d'apparition tardive.

Evidemment tout ceci ne constitue pas un faisceau d'arguments de premier ordre, mais a néanmoins une valeur relative qui, s'ajoutant à la documentation clinique permet immédiatement d'isoler les deux grands types d'ictère commun dans les cirrhoses :

— l'ictère grave, à peine teinté,

— l'ictère bénin, largement coloré.

L'*ictère grave* est plus souvent d'apparence primitive que secondaire à une infection ou à une intoxication déterminée.

Brutal dans son éclosion, il apparaît sans prodrome, de façon explosive.

Il va alors constituer le drame qu'il représente en quelques heures.

Il est plus un subictère qu'un ictère. Pâle dès son origine, sa teinte ira en s'atténuant à mesure que les heures vont s'écouler.

Dès le début, il indique sa gravité.

Le tableau clinique est bien spécial. L'on y trouve la note hépato-nerveuse et la note humorale qui font porter d'emblée un pronostic des plus sombre et sans espoir.

La note nerveuse et hépatique est soulignée par l'allure du semi-coma que présente le sujet en pleine torpeur, indifférent à ce qui se passe autour de lui, au regard fixe, qui répond péniblement mais distinctement aux questions qu'on lui pose et qui délire calmement et tranquillement sans se rendre compte de la situation angoissante où il se trouve.

La note humorale se remarque à l'effondrement des chiffres de l'urée sanguine, du cholestérol, de la cholalémie, signe de très mauvais aloi lorsqu'il évolue de pair avec la chute du cholestérol et des lipides (Chabrol).

Contrairement aux autres ictères graves, l'ictère grave du cirrhotique ne présente pas la note hémorragique classique. Les hémorragies gingivales, les petites épitaxis, les pétéchies manquent. Les temps de saignement et de coagulation ne varient pas.

Dans le cas présent le foie est donc totalement sidéré et incapable de réaction.

Le bilan est négatif. L'évolution sera forcément brève et fatale en 4 à 5 jours.

Très différent est en apparence l'*ictère bénin*. C'est par définition un ictère franc, net, qui ne se camoufle pas. On peut parfois en prévoir l'apparition.

Sur le fond chronique des symptômes de la cirrhose, pendant 4 à 5 jours se remarque une série de signes précurseurs constituant la phase prodromique.

— Sensation d'asthénie croissante et inexplicable dans certains cas.

— Malaise général, sensations de courbature, frissons parfois, fièvre à 38°, 38°5 dans 50 % des cas soulignant la note infectieuse ; chez d'autres malades, quelques troubles digestifs, anorexie, nausées, vomissements dans quelques observations. Assez rarement douleurs épigastralgiques.

Puis « sort » l'ictère.

Son allure légitime le terme d'ictère par rétention. Il offre :

— *Un syndrome pigmentaire* par la coloration nette des téguments, les urines biliphéiques et les selles complètements décolorées dans un tiers des cas ;

— *Un syndrome cholalémique* précisément dissocié, expliquant le peu de signes d'intoxication biliaire ;

— *Un syndrome cholestérolique.*

Son dossier biologique signale un taux de l'urée sanguine et du cholestérol normal ou presque, par contre une cholémie pigmentaire à 18-19 en moyenne et une cholalémie élevée au début puis s'atténuant.

Sa traduction humorale est donc typique. Sa signification se fait à la lumière de l'épreuve de la galactosurie provoquée.

La phase d'état de cet ictère va durer de 15 jours à un mois au plus. Quinze jours est la moyenne.

Elle prend fin à la crise polyurique qui éclate alors coïncidant avec une chute de poids qui indique le premier cap critique que va subir le malade.

Pour être valable, la crise polyurique doit avoir trois caractères.

Elle doit être *précoce, franche, durable.*

La diurèse doit atteindre deux litres au moins et ne jamais durer moins d'une semaine. Pendant ce temps, la courbe pondérale qui s'était élevée pendant la maladie de 1 à 2 K. à la suite d'une rétention aqueuse lacunaire s'abaisse pour revenir à la normale. Le croisement en X des courbes de poids et des urines est un caractère fondamental et indispensable.

En un mois donc, généralement le retour à la santé s'est opéré ; tout est rentré, apparemment, dans l'ordre.

Il ne faut pas alors oublier que cet ictère ne s'est pas produit chez un sujet antérieurement sain, mais chez un malade du foie, un cirrhotique.

Il faut redoubler de vigilance.

Un deuxième cap critique guette le sujet, vers la sixième semaine, non moins dangereux que le premier.

Quinze jours à trois semaines après la débacle polyurique le cirrhotique qui a fait un ictère est menacé d'une poussée ascitique.

L'arrêt de la chute de poids, un ralentissement dans l'émission des urines, un ventre qui se météorise en sont les signes annonciateurs.

Lorsque le deuxième cap sera franchi, la convalescence s'opérera, longue de 3 mois où petit à petit s'amenderont les petits signes digestifs dont souffre encore à cette période l'ancien ictérique.

L'ictère bénin est donc, en résumé, moins bénin qu'il ne le paraît. C'est quand même, en règle générale, un ictère transitoire, fugace, sans lendemain. Le cirrhotique reprendra, après son passage, la destinée que lui commande le type de la sclérose hépatique dont il est porteur.

Le problème de la valeur de l'ictère au cours des cirrhoses veineuses serait simple s'il se limitait uniquement à l'étude de deux types bien tranchés et bien distincts de jaunisse, à l'opposition clinique fondamentale qui existe entre la forme bénigne et la forme grave.

Malheureusement, en pratique il en est tout autrement ; et c'est ce qui rend si délicat l'exposé de cette question. Si l'ictère grave jouit à juste titre aux yeux de tous d'une sinistre réputation, par contre l'ictère bénin ne peut pas, lui, être proclamé aussi innocent que son étiquette permettrait de l'espérer. A n'importe quel moment de son existence, sans qu'on sache pourquoi, un changement imprévisible peut survenir et bouleverser les pronostics les mieux établis. Pendant toute sa présence, une épée de Damoclès est suspendue ; le médecin la craint.

Deux sortes d'incidents peuvent survenir et qu'il faut connaître :

A. — Des troubles d'évolution.

B. — Des complications avec association de cataclysmes.

Les Troubles d'Evolution. — 1° L'ictère peut récidiver, inopinément, brusquement. Le pronostic s'assombrit chaque fois qu'il y a répétition.

2° L'ictère peut se prolonger.

La crise polyurique est retardée, ébauchée, moins nette, plus étalée, plus sévèrement grevée de sequelles digestives.

La maladie s'éternise pendant des semaines ou l'on a simplement comme signes donnant de l'espoir :

— Un taux de cholestérol restant dans les limites physiologiques ;

— Une galactosurie basse dans sa concentration.

Enfin! la crise se produit typique!

3° L'ictère peut être cachectisant.

Il se prolonge.

Il affecte le type de l'ictère par rétention du néoplasme de la tête du pancréas, avec coloration foncée, prurit pénible, insomnie et chute de l'état général. La mort survient dans les 3 à 6 mois.

4° L'ictère peut prendre le masque aggravé.

Après quelques jours où il y avait absence de tout signe alarmant, même après les 2 ou 3 semaines où l'ictère catarrhal semblait vouloir rester bénin, parfois alors que la crise polyurique s'était déjà ébauchée vers le dix-huitième jour, avec une sobriété tragique, en quelques heures le tableau de l'ictère grave est au complet avec tout ce qu'il comporte de sombre. L'*exitus* se produit en 3 à 6 jours.

5° L'ictère peut devenir chronique.

Il apparaît avec peu de prodromes.

Ses caractères typiques ne sont définitifs qu'après plusieurs semaines. Sa coloration est marquée. Son prurit intense.

Il ressemble à l'ictère cholédocien.

Il a mauvaise réputation. Il dure un an environ.

Il se produit surtout au cours des formes atrophiques ascitiques.

Les Complications. — Toute complication provoque une aggravation de la cirrhose et trois ordres de syndromes peuvent être observés.

— Le syndrome ictéro-ascitique ;

— Le syndrome ictéro-hémorragique ;

— Le syndrome ictéro-œdémateux.

Leur dénomination stigmatise assez leur symptomatologie pour qu'il soit inutile de l'énumérer complètement. Nous ne fournirons ici que quelques explications concernant le premier.

Le syndrome ictéro-ascitique a été décrit en 1924 par Fiessinger et Brodin, auxquels nous sommes redevables de sa connaissance.

Selon la description de ces auteurs, à la troisième et la sixième semaine d'évolution d'un ictère à l'observation duquel l'on trouve souvent un syndrome hémorragique discret et chez lequel la crise n'est pas franchement libératrice, la diurèse faiblit.

Un météorisme à progrès rapide fait son apparition suivi d'une ascite aiguë, sans caractère chimique spécial nécessitant après quelques jours une paracentèse.

Le poids du sujet croit rapidement par rétention hydrique.

Des œdèmes inconstants aux points déclives peuvent se voir.

La fièvre elle-même vient parfois s'ajouter au tableau.

Elle indique alors une tuberculose terminale ;

...L'état général décline. Si le syndrome ictéro-ascitique survient au début d'une cirrhose, il provoque une mortalité dans la moitié des cas.

Ce pourcentage s'accroit sensiblement si le syndrome se déclanche au cours d'une C. de Laennec confirmée ou à sa période terminale. C'est en dire toute la sévérité.

Ce syndrome a quelques analogies avec l'ictère cirrhogène, maladie curieuse qui se produit chez des sujets jeunes, non tarés par l'alcool. L'ictère est ici franc, fébrile, hyperleucocytaire. Il repose sur un foie d'abord gros, puis petit. Au cours de cette hépatomégalie régressive s'installe à bas bruits une ascite.

L'état général s'altère alors. L'examen anatomopathologique montre qu'il s'agit d'une réticulose fibrillaire avec sclérose centrolobulaire sans aucune disposition annulaire et sans réaction hypertrophique. Il n'y a rien de commun ici donc avec la cirrhose de Laennec. Les cas en sont heureusement rares.

Le Problème Théorique. — Quelles sont les causes et origines de l'ictère?

Domaine plein d'obscurité comme on va le voir. Quatre théories pathogéniques principales sont discutées. Toutes renferment vraisemblablement une part de vérité. Elles sont différemment interprétées selon les auteurs.

La première accuse une obstruction du cholédoque, soit par calcul lithiasique, soit par cholédocite inflammatoire, soit par pancréatite chronique.

La thèse de M. Chabrol en rapporte plusieurs exemples.

Il semble qu'elle ne soit valable que dans un très petit nombre de cas.

La seconde déclare qu'il s'agit d'une angiocholite. Elle base son argumentation sur la fréquence des lésions inflammatoires développées à la périphérie des petits canaux biliaires intrahépatiques dans la maladie de Hanot et sur la reproduction expérimentale par Charcot et Gombault de ces lésions par ligature des voies biliaires causant une irritation mésenchymateuse du foie et donnant naissance secondairement à une hyperplasie du parenchyme.

Cette doctrine a encore des partisans à l'étranger.

La troisième théorie hémolytique, relativement ancienne tient compte de plusieurs facteurs :

— De la diminution de la résistance des hématies que l'on trouve souvent chez les cirrhotiques ;

— De l'action hémolytique des acides gras qui prennent naissance dans le parenchyme hépatique dégénéré ;

— Du rôle de la rate.

Elle a été modernisée par la notion des splénopathies cirrhogènes.

La quatrième théorie, celle de l'hépatite, est de loin celle qui est en faveur.

Nous ne pouvons, dans le cadre étroit de cette revue, développer tous les arguments qui plaident pour elle. Qu'il nous suffise de rappeler simplement que les faits récents montrent l'identité de nature entre l'atrophie jaune aiguë et l'ictère catarrhal (M. Troisier), ce qui renforce l'hypothèse formulée par le professeur Fiessinger « une dégénérescence de la cellule hépatique se gonflant dans le cadre inextensible des anneaux de sclérose et création de communications canaliculo interstitielles ».

La question de l'étiologie n'en est pas moins, par ailleurs, complexe.

Certains auteurs font jouer un rôle à l'intoxication digestive et cette cause déclanchante est d'autant plus vraisemblable et plus redoutable qu'elle se surajoute à la nocivité des hépatotoxines qui prennent naissance au niveau d'un foie cirrhotique qui ne peut plus remplir à plein rendement son rôle antitoxique au cours de la maladie.

D'autres ont incriminé un agent infectieux.

— Agent infectieux banal trouvant un terrain favorable de moindre résistance hépatique et générale chez le cirrhotique ;

— Agent non spécifique, ce qui permet d'envisager le rôle d'une spirochétose ictérohémorragique comme dans les cas de Garnier, Reilly, d'Olivier.

— Virus ictérigène spécifique — et c'est ainsi que déjà l'on tentait d'expliquer les origines de la maladie de Hanot.

— Virus ictérigène et cirrhogène à la fois.

Il ne semble pas, à la réflexion, qu'une seule et unique cause étiologique puisse être valable pour tous les cas envisagés. L'éclectisme reste de règle.

Ces considérations nous amènent à envisager ici le pronostic et le traitement de ces ictères.

Si l'avenir est facile à prévoir lorsque l'ictère est nettement grave, il est par contre, toujours difficile à établir en cas d'ictère bénin. L'élément surprise joue et de la façon la plus désagréable, pour déjouer tout pronostic. Toutefois, le laboratoire et l'examen du bocal d'urine peuvent aider le médecin en quelque mesure dans cette tâche.

Une chute de la cholalémie et du cholestérol, une élévation de l'azote résiduel et des polypeptides, une oligurie sont des signes sûrs de mauvaise augure, par contre une diurèse active reste un bon signe d'amélioration.

De toutes façons le pronostic est à court terme, à la petite semaine.

Il devra tenir compte s'il n'y a pas d'erreur d'application thérapeutique. Celle-ci sera d'autant meilleure qu'elle sera simple. Elle se résume à une triade : repos absolu, lait écrémé, opothérapie hépatique à hautes doses.

***

Tel est l'aspect actuel du problème des ictères des cirrhoses.

Question complexe dont le cadre clinique riche par sa gamme d'expression se prête aussi mal que possible à des essais de schématisation.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 19 février 1941. — Jury : MM. Lœper, Chiray, Aubertin, Mondor. — M. Duret. La tuberculose pulmonaire de la femme. — M. Lesca. Rôle de l'embolie gazeuse dans l'hémiplégie pleurale. — M. Le Roy. Les possibilités de conservation sphinctérienne lors de l'exérèse du rectum. Une technique nouvelle par mobilisation du périnée.

Jeudi 20 février 1941. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Mocquot, Gatellier, Cachera. — M. Talairach. Contribution à l'étude des relations des troubles mentaux et des fonctions ovariennes. — M. Maigne. Contribution à l'étude de la courbe thermique dans les aménorrhées secondaires. — M. Vestraette. Contribution à l'étude de la rupture dite spontanée du tendon du long extenseur du pouce.

Samedi 22 février 1941. — Jury : MM. Jeannin, Lenormant, Lantuéjoul, Soulie. — M. Walther. La lymphangite du sein dans les suites de couches et ses conséquences pour le nouveau-né. — M. Marty. Anomalies du siège de la douleur dans les appendicites.

Mercredi 26 février 1941. — 1° Jury : MM. Gosset, Fiessinger, Mondor, Bariéty. — M. Lataix. Les pseudarthoses de cuisse et leur traitement. — M. Guénon des Mesnards. Contribution à l'étude et au traitement des pieds gelés. — M. Danel. Les hypodermites streptococciques. — M. Rougé. Le cancer du bulbe duodénal. — M. Gauthier. Condensations pulmonaires rétractiles post-hémoptoïques.

2° Jury : MM. Ombrédanne, Lemierre, Abrami, Lelong. — M. Debost. Résultats éloignés du traitement chirurgical de la luxation congénitale de la rotule. — Mme Ganéva. Les spoliations chlorurées au cours des dysenteries bacillaires ; azotémie consécutive ; traitement par la rechloruration. — Mme Duvolon. La méningite à colibacilles. — Mme Lémotte-Barrillon. Polycorie glycogénique et hormone hypophysaire glycogénotrope.

Jeudi 27 février 1941. — Jury : MM. Guillain, Tanon, Gougerot, Lenormant. — Mlle Bergeron. Sur l'hypertrophie musculaire consécutive aux lésions du nerf sciatique. — Mlle Néret. Les tests cutanés d'intolérance dans les dermatoses professionnelles individuelles. — Mme Decouflé. Ambroise Paré, gynécologue. — M. Nadryczny. Le phosgène et son action sur l'organisme. — M. Gout. Traitement des rétrécissements de l'extrémité inférieure de l'uretère par l'anastomose latéro-latérale vésico-urétérale.

Pathologie chirurgicale de la rate, par Pierre Goinard, chirurgien des hôpitaux d'Alger. — Un volume de 174 pages avec 4 figures et 11 planches. Prix : 55 francs. Masson, éd., Paris.

La mort des brûlés, étude expérimentale, par L Christophe, chargé de cours de l'Université de Liége, avec une préface du professeur Léon Binet. — Un volume de 84 pages, avec 19 figures et 19 tableaux. Prix : 40 francs, chez Masson et Cie, 1939.

L'ŒUVRE CHIRURGICALE DE PIERRE DUVAL

En faisant part de la mort du professeur Pierre Duval, dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 15 février, mon ami, François Le Sourd, a retracé la brillante carrière de ce grand chirurgien et exprimé, en termes émus, la douleur profonde que tous ses amis ressentent de sa brusque et précoce disparition.

Je voudrais ici, à mon tour, m'efforcer de rappeler l'étendue de son œuvre chirurgicale.

Elle est considérable et il n'est pas un seul des problèmes chirurgicaux de ces trente dernières années que Pierre Duval n'ait abordé.

Elève, puis collaborateur d'Edouard Quénu pendant plus de vingt ans, il avait acquis, près de ce grand chirurgien, un sens clinique profond et une technique chirurgicale impeccable. Pierre Duval était un opérateur d'une habileté consommée, au geste rapide et précis, d'une grande hardiesse que lui permettait sa profonde connaissance de l'anatomie acquise chez son maître Farabeuf. Mais il avait du chirurgien une conception plus haute ; pour lui, l'acte opératoire ne constitue qu'une partie de l'art chirurgical. Il doit être précédé de tout ce qui concourt à l'étude du malade, et suivi de tout ce qui concourt à sa guérison. Le chirurgien complet doit aussi être un physiologiste, un biologiste, un clinicien et un thérapeute. Ce fut l'idéal qu'il s'efforça de réaliser au cours de sa carrière.

Au début, sa prédilection alla à la chirurgie gastro-intestinale : chirurgie des côlons, chirurgie des ulcères gastriques et duodénaux. Il se rendit vite compte des dangers des cloisons étanches entre les spécialités de la médecine et devint un partisan convaincu de la collaboration médico-chirurgicale, qu'il mit en pratique dans son service. De là, l'origine de la Société de Gastro-Entérologie dont il fut l'un des fondateurs et dont il fut le président en 1937. De là aussi, le soin qu'il mit à l'installation de son service de radiologie à l'hôpital de Vaugirard, installation qui est un modèle et dont il était justement fier. C'est de ce centre d'études que sont sortis, avec la collaboration de J.-Ch. Roux et du regretté Henri Béclère les beaux atlas de radiologie clinique du tube digestif.

Pendant la guerre de 1914-1918, il s'attaqua d'abord à la lutte contre la gangrène gazeuse et dans un rapport au comité interallié, dont il faisait partie, il montra les immenses progrès accomplis par l'emploi de la sérothérapie préventive et curatrice associée au débridement large des plaies. Il étudie aussi les conditions de shock traumatique et les moyens d'y remédier. Mais, avec son maître Quénu, c'est surtout à l'étude de la biologie des plaies de guerre qu'il se voua avec ardeur ; il montra l'importance de l'attrition à distance des tissus, le milieu de culture favorable à la pullulation microbienne que forment ces tissus frappés de mort, aussi lorsque fut mise au point la technique de l'excision des plaies et de la suture primitive pour les blessés récents, il fut un ardent promoteur de cette méthode qui constitue l'une des gloires de la chirurgie française, et qui, entre ses mains, donna de merveilleux résultats. Des plaies des parties molles, des fractures, des articulations, il étendit cette méthode à la chirurgie pulmonaire. Il montra que l'abstention, alors classique, en face des projectiles du poumon, était souvent une erreur, et que, sans craindre le pneumothorax opératoire, sous le contrôle d'un jour large, et dans certaines conditions de localisation, on doit procéder à l'ablation du projectile, à l'excision de la plaie du poumon, à la fermeture primitive. Et sa doctrine a survécu.

Après la guerre, nommé professeur, dans son beau service de Vaugirard, il étudie successivement la biologie de la maladie post-opératoire, montrant le rôle qui revient dans le shock à la désintégration de la molécule des albuminoïdes et dans le même ordre d'idées, il étudie la biologie et la thérapeutique des brûlures.

Pierre Duval fut un chef d'école et un enseigneur. Tous les jeunes qui, par la voie ardue des concours, se destinaient à devenir des chirurgiens, venaient dans son service s'instruire, écouter cette parole à la diction nette, cette clarté d'exposition qui savait rendre les questions les plus abstraites intéressantes et instructives. C'est que Pierre Duval était doué d'une mémoire infaillible, d'une vaste érudition, d'un sens critique aigu, et d'un jugement sûr. Aussi était-ce souvent sur une de ses brèves mais décisives interventions que l'on voyait se clore, à la Société de Chirurgie, une discussion longue et confuse. A cette vaste culture médicale, à une culture littéraire et artistique étendue, Pierre Duval joignait des qualités de cœur, de bonté, dont ses amis, ses élèves, ses malades ont eu souvent le témoignage et dont ils lui conservent une pieuse gratitude.

Et c'est maintenant qu'il n'est plus, que l'on peut se rendre compte de l'étendue de la perte que la chirurgie française, et même la chirurgie tout court, vient de faire en la personne de Pierre Duval, l'un de ses plus éminents représentants.

M. Lance,
Membre de l'Académie de Chirurgie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 13 janvier 1941

Sur les variations de l'ozone atmosphérique. — Mme Arlette Vassy et M. Etienne Vassy.

Séance du 20 janvier 1941

Le comportement des glucides et du glycérol dans le rétablissement de l'équilibre alimentaire. — M. Raoul Lecoq.

Sur la substance non acidorésistante des cultures de bacilles tuberculeux. — M. Roger Laporte.

Séance du 27 janvier 1941

Sur le taux de la prothrombine dans le sang maternel et dans le sang fœtal au moment de l'accouchement. — MM. Louis Portes et Jacques Varangot.

Séance du 3 février 1941

Mort de M. Béhal. — M. H. Vincent, président, annonce la mort de M. Auguste Béhal et lève la séance en signe de deuil.

Séance du 10 février 1941

M. H. Vincent, président, prononce l'éloge de M. Auguste Béhal et fait l'exposé de ses travaux et de son œuvre expérimentale.

La fonction vitaminique P. Action chimique pharmacodynamique et physiologique des substances naturelles inhibant l'autoxydation de l'adrénaline. — MM. J. Lavollay et J. Neumann.

Essai pour la mise en évidence de l'état de vitalité de divers microbes. — MM. Paul Giroud et René Panthier.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 25 février 1941

Eloge de M. d'Arsonval, par M. Strohl.

Rapport au nom de la Commission d'hygiène. — M. Tanon apporte les conclusions de la Commission au sujet de la demande d'utilisation de *colorants minéraux* pour la coloration des boissons gazeuses, des sirops et limonades. Ces colorants sont très couramment utilisés pour la fabrication des bonbons et ils sont tolérés pour les fruits confits et les pâtes de fruits.

On se souvient que, dans une précédente séance (11 février 1941), cette question avait été l'objet d'une discussion. M. Martel avait rappelé que le principe de l'Académie est de s'élever contre toute adjonction aux aliments de substances quelconques chimiques, conservateurs, colorants, désinfectants ou autres. M. Roussy avait fait, de son côté, quelques réserves.

A la suite de cette discussion, la Commission propose de donner un avis favorable, au moins jusqu'à ce qu'il redevienne possible de se procurer et d'utiliser des matières végétales antérieurement autorisées, étant donné que les expériences faites sur ce groupe de corps (les colorants minéraux) ont prouvé que leur usage très prolongé peut avoir des inconvénients.

Discussion. — M. Roussy, sans s'opposer au vote des conclusions, rappelle les faits expérimentaux bien connus de production du cancer par le goudron et les dérivés de l'aniline. Il insiste pour que cette question soit mise à l'étude par l'Académie.

M. Martel attire à nouveau l'attention sur les dangers de l'introduction — à *l'insu du consommateur* — de produits chimiques dans les aliments.

Les conclusions sont alors votées.

Deuxième rapport de la Commission des accidents occasionnés par les appareils de chauffage. — M. Léon Binet. — La Commission souligne à nouveau la fréquence et la gravité des cas d'intoxication oxycarbonée. Elle est d'avis qu'il faut alerter le public et avertir les organismes chargés des soins aux victimes de cette intoxication.

Le *public* doit savoir que le gaz d'éclairage actuellement distribué est beaucoup plus toxique que dans le passé, du fait de sa forte teneur en oxyde de carbone. Il importe donc, que chacun veille à l'état des chauffe-bains et des fourneaux à gaz. La fermeture des compteurs à gaz, le soir, s'impose d'une façon absolue. De plus, le public doit être mis en garde contre le danger que présentent des appareils de chauffage individuels ou collectifs trop sommairement improvisés, certains poêles à combustion lente ou continue ; il doit éliminer les connections faites au moyen de tubes de caoutchouc dont l'imperméabilité n'est qu'imparfaitement assurée.

Les *ingénieurs* qui réalisent l'adaptation des gazogènes à la traction automobile, ou l'aménagement des réservoirs de gaz pour les autobus, se doivent de veiller de près à l'étanchéité des conduites et à la suppression des fuites de gaz.

Les *médecins* doivent être convaincus que la respiration artificielle peut donner des résultats quand elle est pratiquée aux victimes de l'intoxication oxycarbonée alors que la respiration est défaillante ; il y a tout à gagner et rien à perdre. L'oxygène — administré pur ou mélangé au gaz carbonique (carbogène) — est le puissant antidote de cette intoxication ; encore faut-il que l'oxygénothérapie soit *précoce, polongée* et *correctement réalisée.*

Il existe, à Paris, des équipes de secours réalisées par le *régiment des sapeurs-pompiers*, qui ont fourni leurs preuves ; elles assurent un traitement d'urgence d'une façon parfaite, mais ces secours doivent être continués à l'hôpital.

Il importe donc, que, dans les grandes villes, les services hospitaliers soient alertés, prêts à recevoir et à traiter de toute urgence, les intoxiqués par l'oxyde de carbone. Les appareils de secours — appareils à respiration artificielle, appareils à oxygène, tubes à oxygène comprimé — doivent être placés dans un endroit connu du personnel de garde, prêts à être utilisés lors de toute éventualité, de jour et de nuit. Une instruction du personnel médical et du personnel infirmier doit être organisée et entretenue.

Faire *vite*, traiter largement par l'*oxygène* toujours, par la respiration artificielle quelquefois, est la consigne que doit recevoir le personnel chargé des soins à ceux qui sont victimes de l'intoxication oxycarbonée.

Les infiltrations des ganglions de la chaîne sympathique dans le traitement de la maladie de Raynaud. — M. J. de Fourmestraux rapporte trois observations de syndromes de Raynaud purs, dans lesquels il a obtenu d'heureux résultats par des infiltrations répétées du ganglion étoilé, de la chaîne cervico-thoracique et des ganglions lombaires.

L'amélioration évidente, la sédation rapide des accidents après blocage ganglionnaire lui paraît démontrer qu'il s'agissait là seulement de troubles fonctionnels. Si la lésion initiale dans la maladie de Raynaud était primitivement artérielle comme le pensait autrefois Vulpian et comme Roques et Chalier l'affirmaient bien des années plus tard, il est certain que la vaso-dilatation provoquée n'aurait eu qu'une bien faible action. L'ablation du ganglion étoilé paraît devoir être réservée aux formes graves de la maladie de Raynaud qui sont extrêmement rares. La vaso-constriction mutile peu et, seule en cause, n'entraîne pas d'accidents mettant la vie en danger immédiat. La suppression du stellaire déclenche un syndrome de Claude Bernard Horner dont les caractères de permanence demeurent fâcheux. Elle supprime les éléments de la chaîne cervico-thoracique, lacrymaux, salivaires et oculaires et surtout des fibres vaso-motrices coronariennes et pulmonaires. La section des nerfs splanchniques, la résection du deuxième lombaire présente moins d'inconvénients apparents. Il convient de se souvenir, quand on établit le bilan opératoire de la gravité très relative des Raynaud non entachés d'artérite.

Il est logique de penser que l'intervention sanglante ne doit être pratiquée qu'après des infiltrations répétées qui auront l'avantage de permettre la confirmation du diagnostic, et à peu de frais, parfois, d'obtenir une guérison complète. La sympathectomie, sous condition d'être étendue et faite suivant la technique de Leriche, demeure souvent une excellente intervention.

Election du Président. — M. Sergent, vice-président, est élu président par 57 voix (2 bulletins blancs).

Prix Albert-Ier de Monaco. — Le prix de Monaco (100.000 francs) est décerné à M. Ambard (de Strasbourg) pour l'ensemble de ses travaux sur la fonction rénale.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 22 janvier 1941

A propos du traitement des traumatismes cranio-cérébraux de guerre. — MM. Garcin et Guillaume rapportent six observations de lésions osseuses importantes ayant évolué favorablement, mais dans lesquelles le ventricule moyen était intact ainsi que les noyaux gris centraux. Ces faits s'opposent à des cas où, derrière un pertuis minime, il existe un projectile central entraînant la mort par hyperthermie. Les auteurs rappellent les principes chirurgicaux essentiels tirés de l'expérience de la neuro-chirurgie.

M. Fèvre estime que bien des blessés cranio-cérébraux ne peuvent atteindre les centres neuro-chirurgicaux, en raison de la gravité de leur état.

Sténose sous-vatérienne par brides fibreuses. — MM. Cadenat et Cain. — Un homme âgé présentait des vomissements bilieux incoercibles que la radio permit d'attribuer à une sténose sous-vatérienne; à l'intervention, une bride très courte étranglait la portion initiale du 3e duodénum ; on la sectionna et l'on compléta par une anastomose duodéno-jéjunale. Le malade étant décédé quelques temps après, l'autopsie montra que des adhérences très importantes bridaient les anses afférente et efferente.

M. Gatellier a eu l'occasion de réopérer deux malades auxquels avaient été faites une anastomose duodénale ; il a trouvé des adhérences qui lui ont paru banales.

M. Leveuf croit, qu'en pareil cas, Delbet aurait fait une gastro-pyloro-duodénoanastomose.

Kyste dermoïde du médiastin antérieur. — Présentation de pièce et de clichés, M. Iselin.

MM. S. Blondin, Aurousseau, A. Sicard, Seillé sont élus membres associés parisiens de l'Académie.

Séance du 29 janvier 1941

Deux observations de gastrites hémorragiques. — M. J. Quénu. — La première observation concerne une femme atteinte de duodénite et gastrite intenses, auteurs d'un minuscule ulcère du duodénum ; antro-pylorectomie ; guérison. La deuxième est celle d'une gastrite ulcéreuse hémorragique traitée d'abord par ligature des vaisseaux de l'estomac, puis gastrectomie.

Dentier ayant perforé l'œsophage et pénétré dans la partie supérieure du médiastin postérieur. Ablation par voie cervicale. Guérison. — Rapport de M. Truffert sur cette observation de M. Luzuy. M. Truffert montre les difficultés de l'extraction par voie endoscopique, à laquelle il faut savoir renoncer à temps ; il discute les voies d'abord chirurgical.

L'œsophagotomie et l'œsophagoscopie dans l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. — M. Dufourmentel. Rapport de M. Truffert sur ce travail basé sur une cinquantaine d'observations personnelles. Dans 4 cas on fut obligé de recourir à la voie chirurgicale.

M. Truffert estime qu'il faut faire une gastrostomie lorsqu'on ne peut faire passer une sonde à travers l'œsophage.

L'anesthésie générale au cyclopropane dans la chirurgie gastrique. — MM. P. Banzet et M.-B. Sanders. — Cette étude est basée sur 32 observations personnelles dans lesquelles les auteurs se félicitent de l'anesthésie employée ; la quantité de cyclopropane utilisée est, en règle, minime ; pas de modification de la tension artérielle ; ralentissement minime du pouls. Parmi les petits inconvénients, on a noté le saignement qui serait plus important et l'agitation du réveil.

M. Desmarest fait remarquer que le cyclopropane a une très faible marge de sécurité et que, d'autre part, il déclenche de l'hyperoxygénation qui n'est peut-être pas sans inconvénient. Enfin, il prédisposerait à l'atélectasie pulmonaire et à l'œdème aigu du poumon, complication que les auteurs américains estiment spéciale au cyclopropane.

M. Basset considère que le danger d'explosion n'est pas négligeable.

Les indications de la désarticulation du genou à lambeau court comme opération d'extrême urgence. — M. Rouhier montre les avantages de cette intervention d'exception, mais qui a quelques indications dans la chirurgie de guerre.

Séance du 5 février 1941

Le traitement des plaies du crâne par projectiles de guerre dans le centre de chirurgie cranienne de la 1re région. — MM. Piquet, Dereux et Becuwe. — M. Petit-Dutaillis rapporteur, montre que, malgré des difficultés techniques considérables, les auteurs ont eu des résultats très supérieurs à ceux que l'on avait autrefois (mortalité de 33 % pour 30 opérés) et cela à cause de l'emploi à hautes doses du dagénan.

Infarctus cœcal par embolie mésentérique. — M. Guénin. — M. Petit-Dutaillis rapporte cette observation qui concerne un homme hospitalisé pour ramollissement cérébral et chez lequel l'apparition d'une douleur dans la fosse iliaque droite avec agitation fait penser à un infarctus ; quelques heures plus tard l'existence d'une contracture abdominale incite à intervenir avec le diagnostic d'appendicite : liquide sanieux à l'ouverture du péritoine ; le cœcum et le côlon ascendant sont le siège d'un infarctus ; extériorisation ; décès. A l'autopsie, une embolie dans l'artère mésentérique supérieure.

M. Ameline insiste sur la valeur diagnostic de l'agitation.

M. Mondor estime que lorsqu'il existe de la contracture abdominale, c'est que le stade d'infarctus est dépassé et qu'il y a gangrène de l'intestin ; il insiste sur certains signes cliniques : l'agitation et l'instabilité du pouls. Le diagnostic le plus difficile est à faire avec la pancréatite hémorragique ; l'existence d'un élargissement important de l'anneau duodénal est en faveur de cette dernière. Il rappelle, enfin, les notions essentielles qui règlent l'apparition de la contracture abdominale en général.

Du drainage. — M. Métivet discute les avantages et les inconvénients des différentes méthodes de drainage.

Le traitement des corps étrangers thoraciques. — M. Robert Monod résume les notions essentielles qu'il a longuement exposées dans son article de la *Presse Médicale*, du 18 septembre 1940. Il s'élève contre une abstention systématique ou une temporisation prolongée en présence de corps étrangers intrapulmonaires.

M. Richard estime également qu'il faut enlever les projectiles avant le 2e ou 3e jours, date des complications secondaires.

M. Maurer insiste sur la valeur des renseignements fournis par la radioscopie et la pression intrapleurale.

Présentation d'un clou modifié pour traitement des fractures du col du fémur mal consolidées. — M. Bréchot.

Séance du 12 février 1941

Résection de l'apophyse transverse gauche de la 5e vertèbre lombaire pour sacralisation douloureuse. — MM. Duban et Pasquié. — M. Sorrel rapporte cette observation dans laquelle les auteurs durent s'y reprendre à trois fois pour enlever l'apophyse de la 5e lombaire ; un repérage radiographique au cours de l'intervention paraît indispensable.

M. Sicard a eu l'occasion de réunir quatre observations analogues à celle rapportée par M. Sorrel ; dans un cas, l'exploration lipiodolée ayant montré l'existence d'une hernie du disque, une laminectomie confirme le diagnostic et permet de guérir le malade.

M. Petit-Dutaillis rappelle que le premier cas de hernie discale opérée par lui existait chez un malade atteint de sacralisation douloureuse.

M. Mathieu estime qu'avec le repérage radiographique la résection de l'apophyse transverse n'offre pas de difficulté.

M. Lance rappelle que dans les sacralisations unilatérales il y a déséquilibre du sacrum ce qui peut très bien expliquer les douleurs. Pour apprécier avec exactitude si c'est la 5e racine lombaire qui est bien en cause, il suffit de faire une novocaïnisation profonde et de voir le résultat obtenu.

M. Boppe a obtenu des guérisons par fasciotomie simple.

Rupture spontanée et complète de l'artère fémorale. — M. P. Lance. — M. Fèvre fait un rapport sur cette observation où la rupture est survenue trois semaines après au-dessous d'une ligature faite pour des hémorragies dues à une plaie de la fesse.

MM. Sénèque et Lenormant estiment que l'origine infectieuse de cette rupture est vraisemblable.

Sur un incident du drainage du cholédoque : le reflux duodénal. — M. Moulonguet rapporte deux observations calquées l'une sur l'autre, dans lesquelles on observa un reflux duodénal par le drain de Kehr ; la suppression des boissons n'arrêtant pas les accidents, on retire le drain ; immédiatement, l'écoulement très abondant, diminue puis cesse et l'état général s'améliore. Guérison.

M. Moulonguet pense que cet incident pourrait s'observer lorsqu'on se trouve en présence d'un cholédoque très distendu.

M. Soupault a perdu une malade dans des circonstances qui rappellent celles décrites par M. Moulonguet.

M. Quénu pense que pour réaliser ce reflux il faut une béance du sphincter d'Oddi et une hyperpression du duodénum.

M. Gosset ne met jamais de drain en T et fixe très solidement le drain qu'il met dans le cholédoque et qu'il laisse au moins 20 jours.

M. Soupault estime que la pesanteur peut suffire pour expliquer le reflux duodénal dans le cholédoque.

Les indications opératoires chez les blessés en état de shock. — MM. Picot et Aurousseau estiment qu'il faut distinguer les différentes modalités du choc : choc traumatique vrai, choc par infection, par intoxication ; chacune de ces modalités comporte, en effet, une sanction thérapeutique spéciale.

MM. Dufourmentel, Patel, Merle d'Aubigné et Gérard-Marchant sont élus membres associés de l'Académie.

Séance du 19 février 1941

Ablation d'un abcès du cerveau. — M. Ferey rapporte cette observation intéressante par le fait que sept mois se sont écoulés entre la blessure et l'apparition des crises d'épilepsie, traduction clinique de l'abcès.

Sur un cas d'infarctus intestinal. Difficulté du diagnostic avec l'iléite terminale. Insuffisance de la thérapeutique antichoc. — M. J. Boudreaux. Le malade est opéré avec le diagnostic d'appendicite ; aspect d'infarctus ; adrénaline. Deux jours après,



THÉRAPEUTIQUE
O.R.L.
RHINAMIDE
THÉRAPEUTIQUE
O.R.L.
RHINAMIDE
SULFAMIDE-ÉPHÉDRINE
ULTRACAINE
SOLUTION POUR INSTILLATIONS
ET PULVÉRISATIONS
RHINO-PHARYNGÉES
FORMULE
LABORATOIRES A. BAILLY
15 Rue de Rome - PARIS (8)

le malade est opéré à nouveau en pleine péritonite; infarctus sur 40 cm. d'intestin. Résection. L'examen histologique confirme le diagnostic en montrant des lésions d'endartérite mésentérique.

Embryons de chiens. Bec de lièvre. — M. V. Veau a pu réunir deux chiens, mâle et femelle bec de lièvre. De la saillie, il a recueilli cinq embryons de 11 à 14 millim. Sur dix narines, deux sont normales ; huit sont pathologiques et présentent tous les aspects du bec de lièvre. Ces pièces prouvent que le bec de lièvre n'est pas l'absence de coalescence des bourgeons de la face, mais la persistance du mur épithélial sous narinaire (théorie de Fleischmann d'Erlangen).

Cent trente-huit cancers bilatéraux du sein. — M. Hartmann montre que la fréquence relative du cancer bilatéral du sein est appréciée très différemment par les auteurs. Dans sa statistique personnelle, cette fréquence est de 9 %. Il discute les indications opératoires réglant le traitement du deuxième cancer.

M. Desmarest pense qu'une action hormonale intervient dans l'apparition de ces cancers bilatéraux du sein.

Opérations pour rétablir la continence vésicale. — M. L. Michon apporte deux observations dans lesquelles il a utilisé une plastie musculaire (bandelette fibromusculaire prélevée sur le muscle grand droit de l'abdomen) faite autour du col vésical. Deux résultats excellents.

Dans trois autres cas, M. Michon a eu recours à une réfection de l'urèthre par tunellisation au trocart après fermeture complète de la vessie. Il montre que chez l'homme les difficultés sont bien plus considérables et il croit qu'à ce point de vue la plastie musculaire peut rendre service.

M. Boppe a utilisé, dans un cas, le muscle droit interne : élimination de la greffe. Echec. Opération de Young. Guérison.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 janvier 1941

Evolution clinique et étude anatomique d'un « cylindrome » bronchique. — MM. P. Jacob, J. Delarue, P. Huet et R. Depierre. — Epilogue d'une observation présentée en 1939. Il s'agissait d'une sténose bronchique ayant débuté de nombreuses années auparavant et s'étant aggravée jusqu'à déterminer une atelectasie à peu près totale du poumon droit. Une bronchoscopie avait permis de constater l'existence d'une tumeur de la bronche souche à l'union de la bronche apicale et une biopsie avait montré qu'il s'agissait d'une tumeur voisine des tumeurs mixtes des glandes salivaires, ayant les caractères des cylindromes. Un traitement radium thérapique avait reperméabilisé la bronche, mais le poumon restait opaque aux rayons X. La récidive de la sténose bronchique ayant été pour la seconde fois constatée, une nouvelle intervention bronchoscopique a été pratiquée, mais au dixième jour, sont apparus des accidents infectieux avec abcès gangréneux péri-bronchiectasiques ayant entraîné la mort. Les constatations nécropsiques ont montré que la tumeur s'étendait le long de l'arbre bronchique droit qu'elle enserrait d'une gaine continue. Ces tumeurs présentent donc une certaine malignité locale et pourraient conduire, en cas de récidive après un traitement endoscopique, à une pneumectomie.

Trois observations de sciatique par hernie postérieure du disque intervertébral opérées et guéries. — MM. S. de Sèze et D. Petit-Dutaillis présentent trois cas de sciatique rebelle, chez lesquels l'examen clinique confirmé par l'épreuve du lipiodol, permettait de porter avec certitude le diagnostic de hernie postérieure du disque intervertébral. Dans les trois cas, l'opération a permis de vérifier la présence d'une hernie méniscale volumineuse du disque intervertébral, et d'en pratiquer l'extirpation.

Les auteurs rappellent la symptomatologie de la sciatique par hernie méniscale postérieure lombaire et les grandes lignes du traitement chirurgical.

Dans les cas de sciatique, deux signes essentiels justifient l'appel au neuro-chirurgien. L'un est d'ordre clinique : c'est le caractère rebelle de la douleur. L'autre est d'ordre radiologique : c'est la constatation d'un arrêt partiel du lipiodol.

Le diagnostic radiologique de la hernie discale postérieure lombaire. — MM. S. de Sèze, Ledoux-Lebard et Nemours-Auguste. — Renseignements fournis par la radiologie dans les cas de hernie discale postérieure lombaire.

La radiographie vertébrale simple peut montrer une diminution de hauteur d'un disque lombaire : ce n'est qu'un signe de présomption.

L'examen radioscopique après injection de lipiodol donne les renseignements les plus importants.

Les auteurs discutent la valeur comparée des images pour le diagnostic de la hernie méniscale postérieure, en étudiant successivement, les images d'arrêt partiel du lipiodol, les déformations unilatérales et les étranglements médians.

Un nouveau cas de tumeur bronchique curable. — MM. Pruvost, Delarue, A. Soulas et R. Depierre. — La malade âgée de 40 ans, présentait depuis trois ans, un syndrome d'ectasies bronchiques infectées, s'aggravant progressivement. La bronchographie lipiodolée et la bronchoscopie permirent de découvrir l'obstacle, petite tumeur arrondie siégeant à la partie moyenne de la bronche souche droite. La tumeur fut enlevée complètement par morcellement en quatre séances bronchoscopiques.

L'examen histologique permit d'affirmer qu'il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens des glandes bronchiques, semblable dans sa constitution aux tumeurs dites mixtes des glandes salivaires. L'exérèse fut suivie d'une disparition rapide de la suppuration bronchique. La persistance des ectasies bronchiques est mise en évidence par le lipiodol. Les auteurs insistent sur les aspects radiologiques dits d'atélectasie qu'ils ont constaté au cours de l'évolution, alors que l'obstruction bronchique n'était que partielle ; pour cette raison le terme de « condensations rétractiles » leur paraît préférable.

Séance du 7 février 1941

A propos du procès-verbal. — 1° M. Julien, Marie, à propos d'un cas de tumeur des bronches rapporté par Pruvost et Delarue, apporte un cas de tumeur des bronches chez une enfant de 14 ans et insiste sur l'importance des troubles de la ventilation malgré la petite taille de la tumeur et sur la tendance à l'infection de la lésion.

2° M. Milian, à propos de la communication de M. de Sèze, sur la sciatique par hernie discale, rapporte 2 cas de sciatique ou l'étiologie syphilitique était manifeste et qui furent guéries par le traitement spécifique à doses importantes.

De l'influence de l'alimentation hypoazotée sur le mode de sécrétion de l'urée par le rein. — MM. F. Rathery, P. Froment et P.-M. de Traverse. — Observation d'un sujet qui, mis pendant un temps prolongé (2 ans et demi) à un régime fortement carencé en viande et en aliments azotés, présenta des troubles de la sécrétion uréique. Il suffit de redonner de la viande et des aliments azotés pour voir les troubles rénaux sécrétoires disparaître.

Diabète traumatique récidivant. — MM. F. Rathery, P. Froment et D. Bargeton. — Histoire d'un sujet acromégale non diabétique qui, opéré d'une ablation de l'hypophyse, voit survenir deux jours après l'opération, un diabète consomptif qui, traité par l'insuline, guérit complètement ; dix-sept mois après la cessation de l'insuline, il fait une chute sur le crâne. Peu de jours après, un diabète survient avec une glycosurie de 326 gr. et une glycémie de 29 gr. 70. Ce diabète fut traité par l'insuline.

On peut donc conclure que le premier cas de diabète résulte d'une lésion de la région infundibulo-tubéreuse au cours de l'acte chirurgical, que le deuxième cas relève d'un trauma frontal ; cette observation démontre l'existence d'un diabète traumatique vrai et d'un diabète secondaire, soit à une lésion de la région infundibulo-tubéreuse, soit à un trauma de la région frontale.

L'ictère grave des cardiaques. — MM. Etienne Chabrol, Jean Sallet et Claude Laroche. — Observation de cette complication exceptionnelle de l'asystolie. Il existait chez leur malade un contraste entre le degré de bilirubinémie et la régression progressive du cholestérol, de l'acide cholalique, des acides gras et des lipides du sang. L'épreuve de la galactosurie était normale. La fonction azotée n'était pas troublée ; la fibrinémie était tombée à 1 gr. 70 pour 1.000.

Les auteurs distinguent trois variétés de la cholémie des cardiaques :

La *cholémie latente*, décrite par Gilbert et Lereboullet ; les *subictères chroniques*, traduisant une débilité hépatique antérieure à l'asystolie ; l'*ictère grave proprement dit*, exceptionnel.

Intérêt des sulfamides dans certaines colites infectieuses. — MM. J. Pellerat et J.-P. Huber (présentés par M. Julien Huber) apportent une contribution au traitement des dysenteries bacillaires par le 1162 F et le 693 M B dont le résultat a été constant et favorable au cours d'une épidémie de juillet à octobre 1940.

Dysenterie bacillaire et 1162 F. — M. Paul Corteil (présenté par M. Julien Huber) en août 1940, a traité les dysenteries à bacilles de Flexner par le 1162 F avec des effets très favorables et une tolérance parfaite.

Pneumopathie aiguë récidivante révélatrice d'un kyste aérien du poumon. — MM. P. Pruvost et André Meyer. — Observation d'un enfant de 13 ans qui, à plusieurs reprises, a fait un incident pumonaire aigu. Le fait particulier fut la fréquence des récidives au même point. L'explication en fut donnée par l'examen radiologique qui montre l'existence d'un kyste aérien manifeste du sommet pulmonaire droit.

Sur un cas de sciatique par hernie nucléaire. Importance de l'attitude antalgique. Danger du redressement. — MM. L. Gennes et Petit-Dutaillis. — Observation dans laquelle appa-

raissent deux faits nouveaux : Intensité de l'attitude antalgique, signe de hernie nucléaire, et danger du redressement forcé de telles attitudes. Dans ce cas, le diagnostic fut confirmé par le fait qu'au cours d'une tentative de redressement, le syndrome sciatique se compléta par l'apparition d'une paraplégie avec signes de compression de la queue de cheval. L'intervention démontra un nucléen hernié en arrière du disque et comprimant les racines.

Les auteurs insistent sur la douleur propagée vers le sciatique que crée, au cours de l'intervention, le simple contact des lames vertébrales.

En insistant sur l'intérêt de la hernie nucléaire, les auteurs précisent que cette étiologie est loin d'être banale et que les sciatiques par funiculite ou par névrodocite restent, malgré tout, de beaucoup les plus fréquentes.

Discussion. — M. S. de Sèze souligne le danger des redressements forcés du rachis au cours des sciatiques par hernie discale avec déformations vertébrales antalgiques. Le redressement forcé peut provoquer des accidents, tels que : paralysie du pied par écrasement d'une racine nerveuse, apparition de douleurs sciatiques du côté opposé, etc. L'auteur croit que certaines sciatiques d'origine discale peuvent être guéries par les procédés orthopédiques. Mais il faut employer les méthodes de douceur et rejeter absolument les manœuvres de force.

M. S. de Sèze souligne, d'autre part, le caractère tout à fait exceptionnel de l'observation présentée par L. de Gennes et Petit-Dutaillis. Les hernies discales postérieures lombaires ne se présentant presque jamais sous l'aspect d'une paraplégie flasque avec hyperalbuminose massive. Dans l'immense majorité des cas, la hernie discale postérieure lombaire se présente sous l'aspect d'une sciatique, remarquable seulement par la ténacité des douleurs. C'est sous cet aspect que nous devons apprendre à la reconnaître.

Kyste aérien géant simulant un pneumothorax chronique et compliqué secondairement d'un pneumo éphémère à la suite d'interventions pleurales. — MM. P. Pruvost et A. Meyer. — Observation d'un homme de 49 ans qui, depuis plus de quatre ans, est incapable de reprendre ses occupations en raison d'une dyspnée très marquée avec paroxysmes qui font penser à un pneumothorax suffocant. Les signes cliniques et radiologiques font penser à un pneumo. Quelques signes, cependant, évoquent l'idée de kyste géant : l'absence de signes inflammatoires et de réaction liquidienne, de moignon pulmonaire dans la région médiastinale, de lésions pulmonaires apparentes et enfin le caractère arciforme et purement dénué des contours de la cavité gazeuse.

Après des exsufflations, les images radiologiques se transformèrent.

Ce qu'il importe ici de retenir, c'est que la plupart du temps on a tort de porter le diagnostic de pneumothorax chronique quand il n'existe ni épanchement, ni élément inflammatoire, car souvent, il s'agit de kyste aérien géant du poumon ; les images radiologiques ne permettant pas de mettre une étiquette anatomique précise sur de telles lésions, celles-ci correspondant fréquemment à des vésicules géantes d'emphysème.

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

Séance du 28 janvier 1941

L'ordre du jour comportait, entre autres questions corporatives, l'examen d'un projet d'organisation de la médecine, présenté par MM. Martiny et Viard. Ce projet a pour point de départ et pour base scientifique la notion du terrain héréditaire familial. Son importance est telle qu'il importe que les membres de la même famille aient toujours recours au même médecin et que chaque famille possède un dossier sanitaire complet, où tous les épisodes pathologiques, thérapeutiques ou prophylactiques seront inscrits. La nécessité de ce dossier familial conduit à l'institution du médecin de famille obligatoire, que chaque famille serait tenue de désigner, et qui serait chargé de l'établissement, de la garde et des transmissions éventuelles du dossier.

Le Comité, après avoir entendu l'exposé des détails concrets de ce projet, et les explications fournies par MM. Martiny et Viard a résolu de consacrer une étude spéciale à deux questions qui dominent l'organisation future de la médecine : la réforme des assurances sociales, d'une part, et, d'autre part, le dossier familial (ou carnet de santé), qui soulève de multiples difficultés.

Il a émis le vœu, à l'occasion de la réforme de l'enseignement de la médecine, que l'enseignement et la pratique de la médecine sociale, de la médecine préventive et du terrain héréditaire soient spécialement développés.

Séance du 4 février 1941

M. Houdinière a entretenu le Comité de l'état du ravitaillement en lait de la région parisienne. Voici les besoins journaliers de lait entier dans l'état actuel de la distribution :

	Paris	Seine
Enfants de moins de 6 ans (3/4 de litre)..	90.621 l.	103.920 l.
Enfants de 6 à 14 ans (1/4 de litre)......	40.893	49 370
Malades, femmes enceintes, nourrices....	74.295	56.424
Totaux................	205.809 l.	209.714 l.

Il faut ajouter 94.377 litres pour la Seine-et-Oise, 20.523 litres pour les hôpitaux et 4.490 litres pour les priorités diverses : le total général est de 534.923 litres. La consommation d'avant-guerre était de 1.200.000 litres.

Malgré les difficultés nombreuses, les arrivages ont atteint de 400.000 à 500.000 litres par jour, sauf pendant les périodes de neige où ce chiffre est tombé jusqu'à 353.000 litres ; il a fallu pour assurer les besoins des enfants, des malades et des femmes enceintes ou allaitant, remplacer les envois de lait écrémé, dont la vente est libre, par des envois de lait entier.

REVUE DES THÈSES

Sur un cas de cirrhose pigmentaire traitée par l'acide 1-ascorbique

Par le Dr Y. Lanco

(*Thèse de la Faculté de Médecine de Paris, 1940*)

Dans la cirrhose pigmentaire, l'auteur conseille d'utiliser les toni-cardiaques, l'extrait surrénal et thyroïdien et, enfin, et surtout, l'acide 1-ascorbique.

Il rappelle les travaux de MM. Giroud et Lebond au Congrès Français de Médecine, en novembre 1938, sur les besoins de l'organisme en vitamine C et l'utilisation de cette vitamine dans les états de déficience chimique.

Chez son malade, l'auteur a institué la thérapeutique suivante avec la laroscorbine : pendant 11 jours, 100 milligr. de laroscorbine par voie buccale par jour. Par la voie endoveineuse et d'une façon progressive, il est arrivé à un maximum de 0 gr. 50 d'acide ascorbique pendant 4 jours. C'est une dose considérable qui a été très bien tolérée. On s'est basé sur les signes cliniques pour mener la posologie. En tout, ce malade a absorbé, par la voie endoveineuse, 7 gr. 20 et, par voie buccale, 3 gr. 3.

On sait que la laroscorbine est l'acide ascorbique gauche synthétique qui se présente sous trois formes : comprimés, ampoules de 2 cm³ et de 5 cm³ et qu'on utilise non seulement dans des cas de cirrhose pigmentaire, mais dans tous les cas où il y a une déficience dans les réactions de l'organisme et notamment dans le surmenage, la fragilité capillaire, les maladies infectieuses, dans tous les troubles du système osseux et dentaire, tous les états allergiques, tous les états de carence et de pré-carence, les états pathologiques du tube digestif et dans toutes les asthénies.

LIVRES NOUVEAUX

Psychanalyse et Pédiatrie, du Dr Françoise Marette. Préface du Dr Ed. Pichon, médecin des Hôpitaux. — Un volume de 276 pages, 45 francs. Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Un ouvrage médical essentiellement clinique, destiné aux médecins, aux éducateurs et à tous ceux qui veulent avoir une idée claire et juste sur la psychanalyse, si mal connue encore dans les milieux français.

L'intérêt majeur de ce livre réside dans l'exposé détaillé de quinze cas cliniques. Le lecteur peut ainsi suivre comme s'il y assistait au déroulement des traitements, juger par lui-même des moyens de diagnostic et de thérapeutique employés. Ces observations se rapportent toutes à des cas d'enfants, plus schématiques que ceux des adultes, d'où le titre de l'ouvrage. L'auteur a choisi des cas se rapportant au traumatisme psychologique du moment appelé en psychanalyse, le complexe de castration, dont elle fait dans son livre une étude originale et poussée. Ce chapitre seul peut paraître ardu pour les non spécialistes. D'ailleurs, l'auteur indique elle-même, en fin de son introduction, les chapitres indispensables à la compréhension générale de l'ouvrage et ceux que l'on peut négliger. Ajoutons que ce livre est vivant et facile à lire.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
GLOBINOFER "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Tryptophane-histidine* *glob. fer, cuivre, manganèse* Comp. Adultes : 6 par jour Enf. : 4 par jour. Nour. : 2 p. j.	Toutes les anémies
HÉMOSTRA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Tryptophane-histidine* Amp. 5 cm³ : 1 p. j. ss.-cut. ou intram. Amp. 2 cm³ 5, 1 p. j. ss.-cut. Amp. 1 cm³ : 1 p. j. intrad.	Anémies graves Déficiences, Angor
PHILENTÉROL Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin polyvalent buvable* (colibacilles, entérocoques, staphylocoques) Une ampoule par jour pendant dix jours. Reprendre la cure si nécessaire après un repos de huit à dix jours	Colites, Diarrhées, Grippe intestinale, Syndrome entéro-rénal, Appendicites, Cystites, Pyélo-néphrite gravidique Vaccination pré- et post-opératoire
STALYSINE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif antistaphylococcique* *Injectable :* Injection initiale de 1/2 cc. Les suivantes de 1 cc. tous les jours *Voie buccale :* Une ampoule le matin, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections d'origine staphylococcique Furonculose, Anthrax, Acné, etc...

INFORMATIONS

(suite de la page 162)

M. le Dr Deguiral, chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé des Côtes-du-Nord, non installé, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Aveyron.

M. le Dr Robini est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Loire.

Mme le Dr Chambaud, inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Bouches-du-Rhône, est affectée, sur sa demande, en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé, dans le département de l'Isère.

M. le Dr Phelippeau, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Isère, est affecté, sur sa demande, en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé dans le département des Bouches-du-Rhône.

M. le Dr Montagnol, directeur du bureau municipal d'hygiène d'Orléans, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Cher.

M. le Dr Lancelot, directeur du bureau municipal d'hygiène de La Rochelle, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Charente-Inférieure.

M. le Dr Julie, directeur du bureau d'hygiène de Menton, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Alpes-Maritimes.

M. le Dr Fraissinet, directeur du bureau d'hygiène d'Antibes, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Alpes-Maritimes.

M. le Dr Persoz, directeur du bureau d'hygiène de Grasse, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Basses-Alpes.

M. le Dr Spindler, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de Meurthe-et-Moselle, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Pyrénées-Orientales.

Mlle le Dr Roussy, directrice du bureau d'hygiène de Saint-Quentin, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Allier, en remplacement de M. le Dr Cleret, appelé à d'autres fonctions.

Mme le Dr Giorgi, directrice du bureau municipal d'hygiène d'Annecy, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Savoie.

M. le Dr Roca, directeur du bureau municipal d'hygiène de Perpignan, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin adjoint de la santé des Pyrénées-Orientales.

Mlle le Dr Forgeot, directrice du bureau municipal d'hygiène de Saint-Dizier, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Haute-Marne.

Mlle le Dr Roubert, directrice du bureau municipal d'hygiène de Lorient, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Morbihan.

Mlle le Dr Legros, directrice du bureau municipal d'hygiène d'Angers, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de Maine-et-Loire.

M. le Dr Foulquier, directeur du bureau municipal d'hygiène de Nîmes, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Gard.

M. le Dr Ameur, directeur du bureau d'hygiène de Saint-Brieuc, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé des Côtes-du-Nord.

M. le Dr Bonet, inspecteur départemental d'hygiène de l'Allier, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 1er décembre 1940.

M. le Dr Alcay, inspecteur départemental d'hygiène du Gard, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 1er janvier 1941.

M. le Dr Cremieu, directeur du bureau municipal d'hygiène de Lyon, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 1er décembre 1940.

M. le Dr Scherb, inspecteur de la santé du département de l'Hérault, est placé dans la position prévue à l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940 et bénéficiera, en conséquence, des dispositions de l'article 2 de ladite loi.

M. le Dr Minon est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Somme.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Usse, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Braqueville (Haute-Garonne), est déplacé par mesure disciplinaire et affecté, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées).

M. le Dr Mans, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public de Saint-Rémy (Haute-Saône), est affecté, à titre temporaire, en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Braqueville (Haute-Garonne), en remplacement de M. le Dr Usse, déplacé par mesure disciplinaire.

M. Coudurier, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Vinatier (Rhône), est placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940 et bénéficiera, en conséquence, des dispositions de l'article 2 de ladite loi.

M. le Dr Eissen, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld, est appelé, à titre provisoire, en qualité de médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Font-d'Aurelle. (*J. O.*, 7 février 1941.)

Comité consultatif d'hygiène de France. — M. le Dr Vernier, médecin chef des services antivénériens du département de Seine-et-Oise, est nommé membre du comité consultatif d'hygiène de France, en remplacement de M. le Dr Jean Lacassagne, dont le mandat prendra fin à la date du présent arrêté.

(*J. O.*, 15 février 1941.)

Commissions administratives départementales. — Ont été nommés membres de ces commissions qui remplacent les Conseils généraux :

Allier : MM. les Drs Trapenard et Dillenseger.
Ardennes. — Les Drs Lucien Drapier et Louis Jullien.
Calvados. — Le Dr Lacaine.
Cantal : MM. les Drs Fernand Besson, Richard Savignac, Jean Mezard.

CHARENTE. — Le Dr Morisson.
CHER. — Les Drs Lefèvre et Malgras.
CORRÈZE : MM. les Drs Faige et Lafarge.
COTE-D'OR. — Les Drs Robert Kühn et Deguignand.
DORDOGNE. — Les Drs Devillard et Pierre Rousseau.
DOUBS : M. le Dr Henri Roland.
EURE. — Le Dr Briquet.
EURE-ET-LOIR. — Le Dr Fournier.
ILLE-ET-VILAINE : M. le Dr Patay.
INDRE-ET-LOIRE. — Le Dr Mattraits.
HAUTE-GARONNE : MM. les Drs Ant. Gadéac et Marcellin Vives.
GERS : M. le Dr S. Loumaigne.
HÉRAULT. — M. René Bosc, interne des hôpitaux de Montpellier.
LANDES. — Les Drs Beaumont, Ducasse et Betous.
LOIRE : M. le Dr Jean Neyret.
LOIRE-INFÉRIEURE. — Le Dr René Auvigne.
HAUTE-LOIRE : M. le Dr A. Théodat.
MANCHE. — Les Drs René Tizon et Paul Renault.
MARNE. — Le Dr Priollet.
HAUTE-MARNE. — Le Dr Gaston Maillefert.
MORBIHAN. — Les Drs Louis Guillois et Hubert Jégourel.
ORNE. — Le Dr Léopold Bailleul.
BASSES-PYRÉNÉES : MM. les Drs Fauchay, Dubos et Goyenèche.
HAUTES-PYRÉNÉES : M. le Dr Bouriot.
SAÔNE-ET-LOIRE : M. le Dr Nourrissat.
HAUTE-SAÔNE. — Le Dr Miroudot.
SARTHE. — Le Dr René Buquin.
SAVOIE : M. le Dr Dussuel.
HAUTE-SAVOIE : M. le Dr Jean Carle.
SOMME. — Le Dr Christian Perdu.
VAUCLUSE : MM. les Drs Alexis Grimaud et Fernand Augier.
VOSGES : M. le Dr L. Gaillemin.
ORAN. — Les Drs Borderes et Lebon.
CONSTANTINE. — Le Dr Quintard.
ALGER. — Le Dr Bourkaib Mohamed.

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres (prof. M. Jean Troisier). — M. M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux et M. G. Brouet, agrégé, feront, durant les mois de janvier, février, mars 1941, dix leçons sur : *Quelques problèmes fréquents dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.* Ces cours auront lieu *le dimanche matin, à 10 heures 30*, salle des cours de la Clinique de la Tuberculose.

Sixième leçon : *Dimanche 2 mars.* M. Brouet : *Les cavernes selon l'âge et le terrain.*

Septième leçon : *Dimanche 9 mars.* M. Brouet : *Les indications du pneumothorax artificiel dans la tuberculose ulcérée.*

Nécrologie

Nous apprenons la mort au champ d'honneur du Dr Jean Douville. Notre regretté confrère a succombé, le 20 juin 1940, aux suites de ses blessures. Il avait reçu la croix de Chevalier de la Légion d'honneur et la croix de guerre avec palme.

Nous prions son père, le Dr Douville (de Goderville), de trouver ici l'expression de notre sympathie bien profonde.

Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front

Appel aux médecins pour l'envoi de livres médicaux à leurs confrères prisonniers. — Nos confrères prisonniers, qui assurent le service médical dans les camps, tant en Allemagne qu'en France, seraient heureux de recevoir des livres médicaux, soit neufs, soit usagés (mais ne contenant pas de notes manuscrites). La Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front fait, dans ce but, un appel pressant à tous les médecins.

Elle se charge de recueillir et de faire ensuite parvenir, par l'intermédiaire de l'Œuvre de l'Aide aux Prisonniers, les livres qu'on voudra bien apporter soit chez son président, Dr Jean Schneider, 16, rue Alfred-de-Vigny (8e), soit chez son secrétaire général, Dr Raymond Tournay, 2, rue Dupuytren (6e). Au besoin, elle se chargerait, sur demande, de les faire prendre à domicile.

A propos de la relève. — La demande suivante a été adressée, le 6 février 1941, à M. le Médecin Général Directeur du Service de Santé au Ministère de la Défense Nationale :

« Le Comité de la Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front, groupant 3.000 médecins, tous anciens combattants, a l'honneur de demander que les médecins, membres du corps de santé actif, qu'ils soient en zone occupée ou non occupée, en congé d'armistice ou non, soient envoyés, par ordre de préférence, dans les camps de prisonniers en Allemagne, pour en assurer le service médical, tous sans exception.

« Le Comité sollicite, en outre, du directeur du Service de Santé qu'un tour régulier de remplacement soit établi en faveur des médecins d'active ou de réserve affectés aux camps de prisonniers. »

Section des médecins de l'avant 1939-1940. — Sous l'égide de la Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front qui groupe toutes les associations de médecins anciens combattants, vient de se constituer la section des médecins de l'avant 1939-1940.

Le but de cette amicale est de grouper tous les médecins des corps combattants, les médecins des formations sanitaires et les médecins prisonniers de guerre qui, à tous les échelons, ont fait leur devoir.

Une seule amicale doit donc les trouver tous réunis, mais pour faciliter le regroupement, trois branches sont prévues : médecins des corps combattants, médecins des formations sanitaires, médecins prisonniers de guerre.

Vous qui avez fait votre devoir, faites-vous connaître et adressez vos demandes d'adhésion au Dr Bernard Lafay, Légion d'honneur, Croix de guerre 1939-1940, 18, avenue de Versailles, Paris (16e), secrétaire général de la section des médecins de l'avant 1939-1940 qui sera le seul groupement autorisé par la Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front.

Pour les conditions d'admission dans les autres associations, s'adresser au secrétaire général de la Fédération : Dr R. Tournay, 2, rue Dupuytren, Paris (6e).

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 19-20. — 5-8 MARS 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

SOMMAIRE

Avis important

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que la *Gazette des Hôpitaux* est autorisée à passer en **zone non occupée.**

Pour tout ce qui concerne les abonnements, s'adresser **aux Messageries Hachette**, *12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) (Service des abonnements, compte chèques postaux Lyon 218 Service « Gazette des Hôpitaux »).*

Les numéros parus depuis le mois de juin 1940 seront adressés sous peu à nos abonnés. Nous prions ceux qui ont changé de domicile de nous en faire part à l'adresse ci-dessus indiquée. Nous les prions également de noter que tous les abonnements de 1940 sont prolongés de deux mois.

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — CONCOURS POUR LE PROSECTORAT. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mercredi 14 mai 1941, à midi, à la Faculté de Médecine de Paris. MM. les Aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Ils devront déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 17 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935, au plus tard, le 10 mai.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mardi 22 avril inclusivement.

CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — Un concours pour quatre places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 13 mai 1941, à midi, à la Faculté de Médecine de Paris. Les candidats doivent être de nationalité française et étudiants en médecine.

Ils devront déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935, au plus tard, le 9 mai.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mardi 22 avril inclusivement.

5e ANNÉE 1941. — Les épreuves de thérapeutique commenceront le lundi 10 mars. — *Ecrit :* 10 et 11 mars ; *oral :* à partir du mercredi 12 mars. Affichage : 6 mars.

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Lebon, professeur, est nommé doyen pour trois ans, à partir du 1er janvier 1941. M. Monnet, agrégé, est chargé du cours de toxicologie. M. Ettori, agrégé, est nommé professeur de chimie biologique et médicale ; M. Gilberton, professeur de chimie biologique, est transféré dans la chaire d'hygiène, hydrologie et climatologie, en remplacement de M. Benhamou.

Faculté de Médecine de Lille. — Sont chargés de cours, MM. Deblock, zoologie et parasitologie ; Gineste, histologie ; Carlier, stomatologie.

Faculté de Médecine de Marseille. — M. Monges, professeur de pathologie interne et générale est transféré dans la chaire de clinique médicale (dernier titulaire M. Olmer). M. Sautet, agrégé, est pérennisé.

Le nouveau ministère. — Ont été nommés :

Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé : M. Jacques Chevalier, précédemment secrétaire d'Etat à l'Instruction Publique :

Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale et à la Jeunesse : M. Jérôme Carcopino, directeur de l'Ecole Normale Supérieure, délégué dans les fonctions de recteur de l'Académie de Paris.

Secrétariat général de la Santé. — Le *Journal Officiel* du 22 février publie un décret relatif à la nomination des inspecteurs départementaux d'hygiène et assimilés. Ces inspecteurs pourront être nommés dans le cadre des médecins inspecteurs de la Santé.

ORDRE DES MÉDECINS. — Par décret, en date du 14 janvier 1941, M. le Dr Paul Giraud, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de Médecine de Marseille, est nommé membre du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins, en remplacement de M. le Dr Jean Combes, médecin des hôpiaux de Marseille, démissionnaire pour raison de santé. (*J. O.*, 20 février 1941.)

Guerre. — Sont promus au grade de médecin colonel de réserve, MM. les médecins lieutenants-colonels de l'active, rayés des cadres : Adde, Poy et de Chaisemartin.

CORPS DE SANTÉ. — M. le Médecin général Hornus, directeur du service de santé de la 19e région a été placé, à compter du 24 février 1941, dans la 2e section (réserve) du corps de santé.

Médecins experts. — Un arrêté du ministre de la Production Industrielle et du Travail décide que les honoraires prévus par l'article premier du décret du 17 mars 1939 sont exclusivement réservés au médecin expert de la commission technique régionale d'invalidité. (*J. O.*, 22 février 1941.)

Les certificats médicaux et le secret professionnel. — Il y a peu de jours, nous avons publié une note émanant de l'*Ordre des Médecins*, précisant que, dans aucun cas, les certificats nécessaires pour l'obtention du lait ou des suppléments de charbon indispensables aux malades, ne devaient porter de diagnostic. (*Gaz. Hôp.*, 1941, n° 13-14, p. 122.)

Cette note était nécessaire. Notre excellent confrère le *Journal de Médecine de Paris*, ne rapportait-il pas dans son numéro du 25 février, la lettre que le Dr Fanton d'Andon, a été obligé d'adresser au Procureur général pour protester contre la violation du secret professionnel que prétendait lui imposer une mairie.

Le chef du parquet a donné immédiatement des instructions pour que soit respecté le secret professionnel. Cette décision est conforme à la loi et à nos traditions. Le secret professionnel doit rester intangible.

Comité de l'Assistance de France. — Un arrêté du Ministre de l'Intérieur nomme les membres du Comité de l'Assistance de France. Parmi eux nous relevons les noms de MM. les Drs Bonnenfant, Paul Boudin, Bué, Cathala, Pierre Delore, Demay, Dequidt, Gouriou, Perrens, Jean Rieu et Sigalas.

Les membres du Comité sont répartis entre quatre sections : 1° Enfance, services d'assistance ; 2° Indigents ou nécessiteux, valides ou malades. Etablissements d'assistance ; 3° Vieillards, infirmes et incurables, hôpitaux et hospices. Maisons de retraite ; 4° Aliénés et autres services d'hygiène mentale et assistance.

Familles nombreuses. — Le *Journal Officiel* du 21 février 1941, publie une loi réprimant le refus de louer à un père de famille un local d'habitation ou à usage professionnel.

Croix-Rouge. — Les membres de la Croix-Rouge, association reconnue d'utilité publique par la loi du 7 août 1940, sont autorisés à porter les emblèmes et insignes déposés au Ministère de l'Intérieur. (*J. O.*, 29 janvier 1941.)

La population du département de la Seine, au 1er janvier 1941, se montait à 4.247.957 habitants, dont 2.323.568 à Paris, 1.083.389 dans l'arrondissement de Saint-Denis, 841.000 dans l'arrondissement de Sceaux.

La Mutuelle d'Assurances des Médecins français. — Le 15 décembre 1940, les Assemblées générales extraordinaires de la Mutuelle Confédérale des Syndicats médicaux français et de l'Office Coopératif d'achats des Médecins syndiqués confédérés, se sont réunies à Vichy, pour voter les modifications des statuts de ces deux Sociétés, modifications rendues nécessaires du fait de la dissolution des Syndicaux médicaux et de leur Confédération.

Désormais, ces Œuvres s'appellent Mutuelle d'Assurances des Médecins français et Office Copératif d'achats des Médecins français.

Leur siège social est fixé à Brive (Corrèze), 1, rue Paul-de-Salvandy. Téléphone 972. Compte de chèques postaux : Limoges 253-66.

C'est donc à Brive qu'il y a lieu d'adresser désormais toute la correspondance pour la *zone non occupée*.

Pour la *zone occupée*, un bureau provisoire est installé à Paris, 60, boulevard de Latour-Maubourg.

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — Pathologie médicale. — Professeur : M. Pasteur Vallery-Radot. — M. Coste, agrégé, a commencé son cours le samedi 1er mars 1941, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : *Maladies par carence et maladies des glandes endocrines.*

M. Boulin, agrégé; a commencé son cours le lundi 3 mars 1941, à 17 heures, au petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : *Maladies du foie et de la nutrition.*

Chaire de pathologie expérimentale et comparée. — Professeur : M. Henri Bénard. — M. André Lemaire, agrégé, a commencé ses conférences le samedi 1er mars 1941, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : *Maladies infectieuses expérimentales.*

Pathologie chirurgicale. — M. Fèvre, agrégé, a continué son cours le lundi 3 mars 1941, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme : *Chirurgie d'urgence abdominale.*

Chaire d'hygiène scolaire. — Sous la direction de M. L. Tanon, professeur assisté de MM. Cambessédès, chargé de cours, Lestocquoy, chef de laboratoire.

Le cours a commencé le 3 mars, à 17 heures, au Laboratoire d'hygiène et continuera à la même heure, tous les jours, sauf le samedi : *Hygiène générale ; hygiène sociale ; pédagogie psychologique ; l'école et l'écolier.* Droits à verser : 50 francs. Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au laboratoire d'hygiène de la Faculté de Médecine, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Pathologie chirurgicale. — Professeur : M. N... — M. Ménegaux, agrégé, a commencé son cours de pathologie chirurgicale le mardi 4 mars 1941, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : *Affections des membres.*

Parasitologie et histoire naturelle médicale. — Professeur : M. E. Brumpt. — M. le Prof. G. Lavier, de la Faculté de Médecine de Lille, chargé d'enseignement, a repris le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale (2e semestre), le mardi 4 mars 1941, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Chaire de physiologie. — I. *Cours.* — M. le Prof. Léon Binet commencera le cours de physiologie le lundi 10 mars, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Objet du cours : *Respiration, circulation, digestion, les sécrétions internes.*

Les étudiants en médecine de 1re année sont convoqués pour les lundis et mercredis. Les étudiants de 2e année sont convoqués les vendredis (à partir du 14 mars).

II. *Conférences théoriques.* — M. Charles Richet, agrégé, commencera ses conférences le lundi 10 mars, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants. Sujet de la conférence : *Muscle et système nerveux.*

Voir la suite des Informations, page 198.

Fiançailles

Nous apprenons, avec plaisir, les fiançailles de Mlle Alyette Poirot-Delpech, fille de notre regretté confrère, le Dr Jean Poirot-Delpech et de Madame, née Jenny Hauvette, avec M. Jean Lavat, externe des hôpitaux de Paris, médecin auxiliaire au 3e dragons, fils du Dr Lavat et de Madame, née Suzanne Prieur.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », parue dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouët a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée,** expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Elle est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Dr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple,** moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*

PÉRITONITE PURULENTE ET SULFAMIDOTHÉRAPIE

Par MM.

Claude Huriez — *Professeur agrégé*

Jean Paris — *Chef de clinique adjoint*

à la Faculté de Médecine de Lille

Dans ce Journal, en février 1940, l'un de nous rapportait, avec MM. les Professeurs Lambret et Gernez, un cas de péritonite à pneumocoques de l'adulte (1). Dans la discussion de cette observation, qui datait de 1936, nous faisions remarquer qu'à cette époque nous n'avions pu recourir à la sulfamidothérapie qui avait donné, depuis, de si beaux résultats dans le traitement des atteintes des diverses séreuses, et notamment des méninges, par le pneumocoque.

L'observation que nous présentons aujourd'hui efface ce regret, et elle montrera, du moins nous l'espérons, le rôle remarquable des sulfamides dans la guérison d'une péritonite purulente.

L'histoire pathologique de cette malade de 19 ans, commence au début d'octobre 1940 par un avortement provoqué en un temps. Elle en fit l'aveu à l'un de nous, lorsqu'elle le consulta le 5 novembre 1940, en raison d'une légère fébricule, de troubles fonctionnels pulmonaires et de douleurs abdominales mal localisées. L'examen éveillait, dans l'hypochondre gauche, une sensibilité vive, sans véritable défense. Il décelait, par ailleurs, une diminution de la sonorité, des vibrations et du murmure vésiculaire à la base gauche, où l'on ne percevait, cependant, aucun râle surajouté. Une radioscopie du thorax ne montrait aucune opacité. Il fallait ajouter à ce processus pleuro-pulmonaire bâtard des signes de colite et une leucorrhée fort importante.

Quinze jours plus tard, la malade constituait, en vingt-quatre heures, un tableau de péritonite généralisée. Les douleurs abdominales réapparurent ; elles étaient très vives. La malade présenta des vomissements d'abord alimentaires, puis aqueux. Après des épreintes très pénibles, elle émit plusieurs selles glaireuses.

L'abdomen qui était souple encore le matin, devint contracturé vers 20 heures. La défense pariétale était générale, un peu plus accusée dans le flanc droit. La température oscillait entre 39°1 et 38°6, sans que le pouls dépassât 100 pulsations par minute.

Le diagnostic de péritonite généralisée s'imposait, mais son origine s'avérait difficile à préciser. Malgré l'antécédent génital, le toucher ne décelait aucun empâtement pelvien. Il n'y avait, par ailleurs, aucune raison de songer à une perforation gastrique ou vésiculaire. La douleur la plus vive était provoquée à quelques centimètres à droite de l'ombilic. C'est pourquoi, le Dr Laîne, de garde à l'hôpital Saint-Sauveur, pratiqua une incision d'appendicectomie. Dès ouverture du péritoine, s'échappa un pus grisâtre, fluide, non odorant, cependant qu'apparaissaient des fausses membranes blanchâtres sur les anses de la terminaison de l'iléon.

L'appendice fut trouvé en situation normale ; il était long, rouge, congestif comme le côlon, comme la trompe voisine. Par prudence, il fut enlevé. Il apparut normal après incision longitudinale. On plaça un drain, autour duquel muscles et aponévrose furent suturés.

Pour préciser la nature exacte de cette péritonite généralisée, il avait été effectué un prélèvement aseptique de pus. Mais l'opération avait été pratiquée à minuit et le laboratoire n'en prit possession que dans la matinée. Ce retard dans la mise à l'étuve explique suffisamment que les cultures soient restées stériles. L'examen direct du pus montrait, cependant, de nombreux diplocoques Gram positifs, très fortement encapsulés.

En raison de la nature pneumococcique très vraisemblable de cette péritonite, la malade fut soumise immédiatement à une sulfamidothérapie intensive.

La persistance des vomissements les 23 et 24 novembre limita à 1 gramme par jour l'ingestion de sulfapyridine, qui fut administrée toutes les 6 heures en injection intramusculaire de 1 gr. (3 cm³ de la solution à 33 %) de soludagénan. Ces injections furent espacées de 12 heures, le 25 et suspendues dès le 26, car l'administration buccale était devenue possible. De 4 gr. le 25, elle atteignit 7 gr. le 26, 8 gr. les 27, 28 et 29 novembre.

En trois jours, la température était redevenue normale et se maintenait au-dessous de 37°5. Les vomissements avaient cessé ; les selles étaient rares, mais il y avait émission de gaz. Les douleurs persistèrent plus longtemps. Le ventre était très ballonné, mais la contracture pariétale s'atténuait progressivement. L'écoulement purulent se tarit très rapidement, mais les bords de la plaie étaient grisâtres, atones, comme cela fut fréquemment signalé dans les péritonites à pneumocoques. Le drain fut enlevé le 6e jour. Les jours suivants, le pansement était à peine taché d'un peu de liquide séro-hématique. Son prélèvement au niveau de la plaie était amicrobien.

Après cette première semaine d'amélioration rapide, l'évolution de cette péritonite fut marquée par des symptômes locaux et généraux qui parfois nous inquiétèrent.

L'abdomen restait météorisé, tympanique. Il était le siège de douleurs violentes, surtout périombilicales. On pouvait redouter un enkystement de l'épanchement péritonéal dans cette région. Cette crainte nous fit prolonger l'administration des sulfamides, malgré la persistance de l'apyrexie de la malade. Les doses quotidiennes de dagénan furent cependant réduites de 8 à 6, 5 et 3 gr. du 29 novembre au 4 décembre. Mais survint alors une élévation progressive de la température qui, de 37°1 le 5 décembre au matin, atteignit 39°2 le 7 au soir, avec accélération parallèle du pouls de 80 à 110. La situation apparaissait assez inquiétante du fait de la coïncidence de ces troubles de l'état général avec une exacerbation des douleurs péri-ombilicales et du météorisme abdominal. Et, cependant, le facies de la malade n'évoquait plus celui d'une péritonéale ; il n'y avait pas d'arrêt des gaz et des matières. Les recherches cyto-bactériologiques permettaient d'éliminer une généralisation de l'infection (l'hémoculture était négative), ou une suppuration enkystée. De 12.840 éléments par millimètre cube, le nombre des leucocytes tombait à 7.600 le 7 et 6.400 le 9 décembre, avec abaissement parallèle de 85 à 63 % du taux des polynucléaires.

Nous avons alors admis que nous étions en présence d'un de ces accidents de la chimiothérapie, que nous avions appris à connaître lors de la sulfamidothérapie des méningites. Nous n'avons pas hésité à cesser brutalement l'administration des sulfamides. Les injections de sérum glucosé et d'extrait hépatique, pratiquées dès le début de la chimiothérapie, furent continuées. La malade ingéra de plus deux comprimés de vitamine P P.

La défervescence fut aussi brutale que l'avait été l'ascension de la fièvre. La diurèse qui s'était réduite de 2 lit. 200 à 1 lit. 500 du 2 ou 5 décembre, devint de plus en plus abondante, atteignit 3 lit. 200 le 13 décembre et se maintint 10 jours au-dessus de 2 lit. 500.

A la fin de la 3e semaine, la guérison apparaissait définitive. La plaie abdominale était complètement cicatrisée le 22 décembre, un mois après l'intervention.

Cette observation appelle quelques commentaires :

1) Il est difficile d'affirmer quelle fut la *voie d'infection* du péritoine. Evidemment le *point de départ génital* est fort plausible chez cette jeune femme qui s'était avortée un mois plus tôt, et dont la leucorrhée, habituellement abondante, s'était tarie brusquement, peu de jours avant l'éclosion de la péritonite. Mais la notion d'une fébricule, d'un foyer pulmonaire bâtard quelques semaines plus tôt ne permet pas d'exclure l'hypothèse d'une *généralisation sanguine*.

2) Il ne nous est pas possible d'être catégorique sur la *nature* de cette péritonite. Certes, il existait quelques présomptions cliniques en faveur de la nature pneumococcique de cette atteinte péritonéale chez cette malade qui avait présenté des douleurs abdominales violentes, mais diffuses avec météorisme et légère défense plutôt qu'une véritable contracture. Il y avait eu des vomissements mais aussi des selles diarrhéïques. La température avait atteint brutalement 39°1, mais le pouls n'avait pas dépassé 100.

Le diagnostic de péritonite à pneumocoques fut affirmé dans nombre d'observations, où un simple examen direct du pus avait montré, comme dans notre cas, des diplocoques encapsulés, Gram positif. Bien que l'étiologie pneumococcique soit la plus vraisemblable nous n'avons pas voulu l'indiquer dans le titre de notre présentation, en l'absence de confirmations culturales.

3) Mais, dès la constatation opératoire d'un pus à fausses membranes, nous avons cependant tenu compte de cette très forte présomption en traitant notre malade par les sulfamides et notamment par le 693 M B, puisqu'il est admis que la sulfapyridine a une action élective sur le pneumocoque.

Dans l'application de cette sulfamidothérapie à une péritonite, nous avons tenté de suivre les principes qui découlent de l'expérience de ces derniers mois en pathologie infectieuse : *frapper vite, fort et bref.*

(1) O. Lambret, Ch. Gernez et Cl. Huriez. Péritonite à pneumocoques de l'adulte (*Gazette des Hôpitaux*, n° 9-10, février 1940).

Notre malade reçut en une semaine une dose totale de 47 grs de Dagenan, correspondant à une administration quotidienne de 15 cg. par kg., par voie intra-musculaire d'abord, puis dès cessation des vomissements, par ingestion toutes les heures le jour, toutes les deux heures la nuit d'un comprimé de 693 M B.

Mais si cette sulfamidothérapie fut précoce et massive, nous avons eu le tort de ne pas l'interrompre dès le 8e-10e jour, alors que l'apyrexie se maintenait. Par prudence, nous l'avons prolongée plusieurs jours après l'ablation du drain et la cure totale fut de 87 grs 5.

Survint alors un incident de la chimiothérapie sur lequel l'un de nous a récemment insisté avec le professeur Gernez, au cours de la sulfamidothérapie des méningites. Des rechutes fébriles, non infectieuses, s'observent dans 25 % des cas, entre le 6e et le 15e jour, réalisant souvent un *accident typique du 9e jour de la chimiothérapie.* A l'onde fébrile s'associent fréquemment une reprise des signes fonctionnels de l'affection traitée, un Rash morbilliforme, une légère hépatalgie et une baisse de la diurèse. Mais ces incidents peuvent être prévus. Avec MM. Gernez (1) et Paget, en même temps que Célice, nous avons attiré, dès mai 1940, l'attention sur l'intérêt d'une surveillance régulière de l'élimination des sulfamides. Ceux-ci se présentent dans l'urine sous forme libre et sous forme combinée de dérivés acétylés. Le rapport sulfamides libres/sulfamides combinés que nous avons appelé *quotient sulfamidurique* est normalement compris entre 1 et 4. L'élimination en excès des sulfamides combinés, l'inversion du quotient sulfamidurique qui tombe à 0,8, 0,4 même, constituent, selon nous, une véritable aura de la réaction d'intolérance qui va se traduire en clinique par la rechute fébrile. La constatation de ces stigmates biochimiques permet d'interrompre à temps une sulfamidothérapie anormalement prolongée. C'est par analogie avec ce que nous avions constaté dans la chimiothérapie des méningites, que nous avons interprété la rechute fébrile de notre malade comme un accident de la sulfamidothérapie. L'évolution nous donna raison.

*
* *

4) Les sulfamides ont été largement employés dans le traitement des infections des séreuses. Les publications de ces derniers mois ont permis d'apprécier l'efficacité de la sulfamidothérapie des méningites, des pleurésies et plus accessoirement des arthrites. Mais l'usage des corps organosoufrés dans les infections péritonéales a été beaucoup plus timide.

Nos recherches bibliographiques, fort incomplètes, du fait de l'absence des périodiques étrangers récents, ont été particulièrement brèves.

Une observation publiée par Jeanneney et Ringenbach (2) en mars 1938 à l'Académie de Chirurgie peut être rapprochée de la nôtre à certains points de vue. Il s'agissait en effet d'une péritonite purulente survenue après une injection intra-utérine pratiquée dans un but abortif. Malgré une laparotomie, suivie de la pose d'un Mickulicz, la situation apparaissait désespérée. La guérison ne fut obtenue qu'après ingestion de sulfamide et à la suite de deux transfusions de sang rubiazolé.

Nous avons relevé également une observation de Weil-Hallé, Mlles Papaïoannou et Lagroua (3) d'une péritonite aiguë gonococcique guérie par une sulfamidothérapie intensive.

Mais nous n'avons pas trouvé mention dans la littérature française de l'emploi des sulfamides au cours des péritonites à pneumocoques.

(1) Ch. Gernez et Cl. Huriez. La sulfamidothérapie de la méningite cérébro-spinale. Réunion médico-chirurgicale de la 1re armée, 3 mai 1940 (*Echo Médical du Nord*, novembre 1940 ; *Concours Médical*, 1er janvier 1941, p. 10 ; *Presse Médicale*, 8-11 janvier 1941, n° 3-4, pp. 25-28).

(2) Jeanneney et Ringenbach. (*Académie de Chirurgie*, 30 mars 1938, p. 546.)

(3) Weil-Hallé, Mlles Papaïoannou et Lagroua. (*Société de Pédiatrie*, 18 mai 1940.)

Dans le mémoire le plus récent sur ce sujet, Ducastaing (1) ne fait pas la moindre allusion aux corps organosoufrés.

Aux Etats-Unis, Sager et Raffel (2) ont traité, en 1938, un de leurs malades par le prontylin. Nous avons pu parcourir deux observations anglaises publiées récemment dans le *British Medical Journal*.

— Le 10 juin 1939, Teasdale (3) rapportait l'observation d'une fillette de 10 ans qui présenta une péritonite à pneumocoques, compliquée de septicémie, puis d'empyème bilatéral. La guérison fut obtenue en associant au drainage des séreuses péritonéale et pleurale, une sérothérapie monovalente (type I) et une sulfamidothérapie à base de Dagenan.

Dès la laparotomie, l'enfant avait ingéré de la sulfapyridine, à raison de 4 grs le 1er jour, 3 grs le 2e et 3e jours, 2 grs du 4e au 7e jour.

La chimiothérapie fut cessée du 8e au 11e jour, puis reprise, en raison de l'état septicémique, à la dose de 4 grs par jour du 11e au 17e jour. Lors des complications pleurales, la ration en sulfamides fut portée chez cette enfant de 10 ans à 7 grs le 18e jour puis ramenée à 3 grs 50, 3 grs les jours suivants.

La guérison de cette pneumococcie généralisée fut obtenue en moins de six semaines et l'auteur en attribue le principal mérite à la sulfamidothérapie massive.

— Dans le même journal, le 24 février 1940, Kevin Maugham (4) rapportait le cas d'une enfant de 8 ans qui présenta une péritonite généralisée. Il découvrit, à la laparotomie, une perforation appendiculaire, mais l'aspect pseudo-membraneux du pus l'incita à faire analyser cet exsudat. Il obtint une culture pure de pneumocoques. Il fit ingérer à la petite malade un comprimé de Dagenan, toutes les 4 heures. Le drain fut enlevé au bout de 24 heures. La température fut normale dès le 3e jour et la guérison fut rapidement obtenue. Le Chirurgien de Dublin estime « que l'évolution favorable de ce cas après opération fut sans doute liée à l'administration de sulfamide aussitôt après l'ablation de l'appendice, qui semble avoir été la porte d'entrée de l'infection péritonéale par le pneumocoque ».

— La sulfamidothérapie des péritonites à pneumocoques n'en est donc qu'à ses débuts, mais des observations comme celles de Teasdale, de Maugham, comme la nôtre permettent d'espérer une amélioration du pronostic, encore récemment sévère, de cette atteinte péritonéale.

Dans sa thèse (Lille 1939), notre élève Delory concluait que les avis étaient très partagés sur la conduite à tenir devant pareil syndrome péritonéal. Il rappelait que si la nécessité de l'intervention était admise par tous à la phase d'enkystement, il n'en allait plus de même à la phase initiale de péritonite généralisée.

Il ne nous appartient pas d'émettre une opinion sur la conduite chirurgicale à tenir maintenant au cas de péritonite généralisée à pneumocoques. Mais nous croyons que la sulfamidothérapie atténuera le caractère angoissant du dilemme qu'évoquait Mondor, quand il écrivait « que le chirurgien redoute et tremble de laisser évoluer une péritonite appendiculaire » dont la fréquence est au moins vingt fois plus grande que celle de la péritonite à pneumocoques, de cette affection qu'on soupçonne mais qu'on n'affirme pas, comme l'a dit aussi Ducastaing.

Maintenant, dans les cas où il y a doute, si la laparotomie conduit sur une perforation viscérale, elle permet à l'opération de remplir toute sa mission salvatrice. Mais quand elle n'aboutira qu'au drainage du péritoine, l'intervention précoce ne sera plus ni inutile, ni dangereuse comme certains lui avaient reproché. Elle aura permis de préciser un diagnostic hésitant et l'association de la sulfamidothérapie apparait alors comme un complément thérapeutique d'une efficacité remarquable, à condition d'être précoce, massive et parfaitement réfractée.

(1) Ducastaing. (*Journal de Chirurgie*, tome 54, n° 1, juillet 1939, p. 62.)

(2) Sager et Raffel. (*M. Assoc. District of Columbia*, 1938, t. 7, p. 99.)

(3) Teasdale. (*British Medical Journal*, 1939, n° 4092, p. 1179.)

(4) Maugham. (*British Medical Journal*, 1940, n° 4129, p. 299.)



Les méningites otogènes ont déjà fourni un exemple de ressources que l'on peut tirer de l'association d'une telle chimiothérapie organo-soufrée au traitement chirurgical classique. Avant 1936, leur mortalité était de plus de 95 % des cas. Grâce aux sulfamides, elle n'est plus que de 40 % pour les méningites à pneumocoques, de 10 % pour celles à streptocoques, mais l'indication opératoire reste aussi formelle.

Une observation comme celle que nous vous rapportons est une raison de souhaiter que la collaboration du bistouri et des sulfamides soit étendue au traitement des infections péritonéales.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des suppurations pulmonaires

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Il n'y a pas si longtemps, l'histoire des abcès pulmonaires n'était qu'incertitude et confusion. On ne savait à peu près rien de leurs causes. De leurs lésions, on ne connaissait que le stade terminal. Pour les plus habiles, leur symptomatologie gardait son secret, leur diagnostic, son mystère. Dans de telles conditions, leur thérapeutique ne pouvait qu'être calamiteuse, et elle ne s'en privait point.

Si, aujourd'hui, elles guérissent souvent, c'est parce que les spécialistes se sont inspirés de *l'esprit d'équipe* et qu'anatomo-pathologistes, bactériologistes, médecins, radiologistes et chirurgiens ont associé leurs efforts, pour le plus grand bien des patients qui leur étaient confiés. Rien de plus instructif, à ce sujet, que la lecture du beau livre, magnifiquement édité et illustré, que vient de publier, chez Masson, le Prof. E. Sergent (1). Dans ces quelque quatre cents pages, cette monographie représente quarante années d'un travail méthodique et fécond. Combien nous serait-il agréable d'en faire une longue analyse ! Les circonstances l'interdisant, contentons-nous d'en résumer le chapitre *Thérapeutique*.

Le traitement des abcès du poumon se fonde sur l'observation clinique. Il faudra donc, avant toute décision, fouiller les antécédents du malade, lire et relire son observation, prise au jour le jour, et, enfin, recourir aux examens de laboratoire, au premier rang desquels les examens radiographiques.

Médical, il comporte des moyens de deux ordres : *médicamenteux* et *mécanique*.

Le *traitement médicamenteux* peut s'adresser :

A la *sérothérapie*, sous forme de sérum antigangréneux polyvalent de l'Institut Pasteur. Indiquée dans la gangrène pulmonaire et dans certains abcès putrides, elle ne donne qu'exceptionnellement des résultats. Mêmes réflexions pour les abcès à pyogènes, que ne modifient pas sensiblement les sérums antipneumo et antistreptococciques.

Bactériothérapie. — Elle ne convient qu'à la période de début.

Chimiothérapie. — Elle utilise :

L'*émétine*, sous forme de chlorhydrate, à la dose quotidienne de 0 gr. 04 à 0 gr. 08, que l'on peut essayer systématiquement, dans l'espérance qu'il s'agit d'amibiase, mais que l'on ne continuera que si, d'emblée, on obtient une amélioration nette ;

L'*arsenic*, qui stérilise le spirochète, considéré comme le facteur déterminant de toutes les variétés d'abcès putrides, et qui n'a jamais donné à M. Sergent que des échecs ;

L'*alcool en injections intraveineuses* (Landau, Faygin, Bauer), aux doses de 20 à 30 cm³ d'alcool à 33 % dissous dans du sérum physiologique (pratiquer en même temps des injections de 5 à 10 unités d'insuline 3 fois par jour) ; mêmes observations que pour les précédentes et pour les suivantes :

Carbone animal en injections intraveineuses (Saint-Jacques, de Montréal, Bernard Menetrel) ;

Benzoate de soude en injections intraveineuses ;

Sulfamides ;

Cure de soif, dont les résultats sont difficiles à interpréter.

(1) Emile Sergent. Suppurations bronchiques, pulmonaires, pleurales et médiastinales, Paris, 1940, in-8° de 312 p.

Le *traitement mécanique* vise à favoriser l'évacuation du pus collecté par des moyens médicaux qui sont :

Le *drainage postural* (Quincke, Garwin), qui consiste à donner au malade une position telle que, par déclivité, le pus s'écoule naturellement par la bronche de drainage. Quelle que soit la position adoptée (et les renseignements fournis par le malade seront des plus précieux), cette attitude devra être prise le plus souvent et le plus longtemps possible. Appliquée dès l'apparition de la première vomique, cette méthode préparera favorablement l'intervention, mais il ne faut pas lui demander plus ;

Le *drainage aspiratoire* ou *bronchoscopie* (Guisez, Chevallier-Jackson), méthode qui est loin d'être toujours sans danger : syncopes mortelles chez des sujets âgés ou cardiaques, hémoptysies chez les autres, et qui, dans la majorité des cas (abstraction faite des abcès para-hilaires) n'a qu'un effet palliatif. Reconnaissons toutefois que, lorsqu'on a affaire à un foyer gangréneux localisé, elle peut transformer une cavité anfractueuse, à parois putrilagineuses, en une cavité détergée, dont le contenu peut s'évacuer par les bronches ;

Le *drainage par expression simple*, tel que le réalise le pneumothorax thérapeutique. Le Prof. Sergent y a renoncé à la suite d'accidents graves et même mortels, dont la rupture dans la plèvre du foyer pulmonaire, éventualité d'autant plus à craindre que l'abcès est plus superficiel, plus ancien et plus putride.

Chirurgical, il est indiqué toutes les fois que la guérison spontanée ou médicale ne peut plus être espérée et qu'il ne fait pas courir au malade de risques trop grands.

Première question à résoudre : *la date de l'opération.* Il ne faut pas opérer trop tôt, le mal pouvant guérir sans une intervention qui risque de favoriser l'essaimage à distance ou l'infection de voisinage, en ouvrant une collection qui n'est encore ni limitée ni encerclée. Il ne faut pas opérer trop tard sous peine de risquer de tomber sur un vaste clapier dont l'exérèse ne se fera pas sans danger. Quelle est donc la date optima ? *Deux mois à partir du début de la suppuration*, en tenant le plus grand compte des examens radiologiques, et en évitant de prendre pour une amélioration des remaniements qui expriment, au contraire, une extension du processus.

Quant au *mode d'intervention*, il comprend deux sortes de procédés :

Procédés d'action indirecte, qui réalisent la collapsothérapie et qui sont :

La *phrénicectomie* qui agit surtout en modifiant la circulation capillaire du poumon et qui n'est indiquée que lorsqu'il s'agit de compléter une opération d'exérèse ;

Le *décollement pleuro-pariétal* de Tuffier, la *thoracoplastie* et l'*apicolyse* au sujet desquels on peut faire les mêmes remarques.

Procédés d'action directe. Ce sont :

La *pneumotomie*, qui se propose de drainer largement, au travers de la paroi thoracique, une collection qui se draine insuffisamment par la voie bronchique et qui réussit surtout lorsque l'abcès est de date récente et de siège superficiel ;

La *pneumectomie* (Graham, 1923), qui cherche à supprimer un foyer de suppuration trop ancien ou trop évolutif pour que le drainage suffise à le vider. Sans doute fait-elle courir au malade certains risques, mais ils sont d'autant moins à redouter que l'intervention aura été plus précoce et qu'au bistouri simple on aura substitué le bistouri électrique ;

La *lobectomie* serait l'intervention idéale pour les foyers étendus dont l'extension est rapide si sa gravité n'était excessive, malgré les progrès de la technique. Elle ne doit être considérée que comme une méthode d'exception.

Pour que le traitement chirurgical aboutisse à un succès, il faut :

Avoir bien localisé le foyer, grâce surtout aux radiographies faites en série et sous diverses incidences ;

Recourir à l'anesthésie locale et opérer le malade assis ;

Intervenir en plusieurs temps ;

Tenir compte des indications particulières, liées elles-mêmes au type anatomo-clinique, à l'étendue, au siège et à l'ancienneté du foyer.

Quels que soient les risques : choc, hémorragies, embolies gazeuses, pyopneumothorax, l'intervention donne, quand elle est faite dans de bonnes conditions, de si merveilleux résultats qu'il faut y recourir systématiquement dès que l'heure en a sonné.

La tuberculose du cobaye, par Jean Paraf, préface du professeur Fernand Bezançon. — Un volume de 132 pages. Chez Masson et Cie, à Paris, 1939. Prix : 30 francs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 17 février 1941

Du rôle fondamental du larynx dans la différenciation du timbre des voyelles. — M. Jean Tarnaud.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 4 mars 1941

Traitement de l'épilepsie par une diphényl-hydantoïne d'origine française. — M. Baudouin, dans une communication écoutée très attentivement rappelle qu'en 1937, il eut l'occasion d'étudier, chez Putnam, à Boston, un nouvel agent très efficace contre les crises d'épilepsie : la diphényl-hydantoïne. Le produit américain manquant en France, en raison de la guerre, il put, grâce à MM. Bougault et Hazard, s'en procurer dans une maison française.

La diphényl-hydantoïne se présente sous l'aspect d'une poudre blanche, insoluble dans l'eau, inaltérable à l'air. Elle s'emploie en cachets de 0 gr. 10. On ne doit pas dépasser 0 gr. 50 pour éviter des phénomènes toxiques.

M. Baudouin a traité 13 cas qui s'étaient montrés rebelles au traitement ordinaire. Il donne des détails intéressants sur la façon d'administrer cet agent thérapeutique dont il poursuit l'étude.

M. Pagniez, qui a l'expérience de ce médicament insiste à son tour sur son intérêt et sur le fait qu'on peut en trouver en France

L'iboga drogue défatigante. — M. Raymond-Hamet (note présentée par M. Perrot). — Dybowski, en 1900, rapporta du Gabon une drogue fameuse mâchée par les Pahouins qui lui attribuent des vertus analogues à celles de la noix de cola. Landrin puis Haller en ont retiré, chacun de leur côté, un alcaloïde : l'ibogaïne, qui eut une heure de célébrité puis, tout à coup, disparut. Cependant, les faits sont là et la réputation de l'iboga demeure.

M. Raymond-Hamet a repris la question et montre que cet oubli provenait de l'envoi de drogues différentes ou de mauvaise qualité, de la nécessité de modifier le procédé d'extraction de l'ibogaïne, et, enfin, de l'obligation de s'assurer de l'origine botanique de la plante productrice. Il a contrôlé physiologiquement l'action de l'ibogaïne et son étude confirme que l'iboga est une drogue antidéperditrice de valeur se rattachant par ses effets à la cola et à la coca et qu'il peut devenir un médicament de réelle valeur.

La gastrobactérioscopie. Sa valeur pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — M. Armand-Delille rappelle les investigations bactériologiques qu'il a poursuivies systématiquement depuis vingt ans, dans plus de 2.000 cas, par l'examen du contenu gastrique, pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

La technique qu'il a préconisée avec J. Vibert, a été contrôlée depuis 1927 par de nombreux travaux français et étrangers et la méthode est devenue aujourd'hui classique dans le monde entier.

Etant donné son emploi systématique pour le diagnostic chez tous les sujets qui prétendent ne pas tousser et ne pas cracher, aussi bien qu'avant l'interruption du pneumothorax et chez les simulateurs, l'auteur propose de donner à cette méthode le nom de « Gastrobactérioscopie ». Dans l'état actuel des connaissances médicales en phtisiologie, on peut affirmer que la gastrobactérioscopie est un élément indispensable pour le diagnostic à côté de la cuti-réaction et de l'examen radiologique.

Du pronostic, au point de vue obstétrical, chez la femme atteinte de cardiopathie. — M. Pierre Lantuejoul étudie successivement les divers éléments possibles de pronostic. Il insiste sur l'intérêt des troubles apparaissant dans les premières semaines de la grossesse et sur l'importance des antécédents obstétricaux Ses conclusions sont les suivantes : l'évolution défavorable d'une grossesse ultérieure ou d'une grossesse au début, chez une cardiaque, peut être assez souvent prévue, même en l'absence de complications graves actuelles. Dans nombre de cas, des renseignements simples, tirés de l'interrogatoire, et la constatation facile de signes importants cliniques ou radiologiques suffisent à établir ce mauvais pronostic. L'examen du cardiologue s'impose pour la vérification du diagnostic et l'interprétation des cas limites. L'erreur est possible. Elle est plus fréquente quand le pronostic est apparu comme favorable. L'association cardiopathie et grossesse est heureusement sans danger dans la grande majorité des cas. Ce fait certain ne doit, cependant, faire oublier ni la possibilité d'accidents graves ni la possibilité de parfois les prévoir.

En marge d'un code de déontologie. — M. Richard.

Les améliorations de la vie rurale. — M. Godlewski.

Election du vice-président pour 1941. — La mort du regretté Pierre Duval, président de l'Académie, a amené des élections pour compléter le bureau. La semaine dernière, M. Emile Sergent a été appelé à lui succéder à la présidence.

M. Guillain vient d'être à son tour désigné par la presque unanimité des votants pour la vice-présidence en 1941 et la présidence en 1942.

Rappelons que M. Guillain, membre de l'Académie depuis 1920, appartient à une grande famille médicale. Il est, en effet, le gendre du regretté professeur Chauffard, président de l'Académie en 1923, et le petit-fils, par alliance, de M. Bucquoy, président de l'Académie en 1908.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 février 1941

Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle. — M. P.-E. Martin (Lyon). — Observation d'une hypertension isolée chez qui la surrénalectomie gauche avec splanchnectomie pratiquée il y a 3 ans, provoqua une amélioration considérable qui persiste, mais la tension est à nouveau remontée. M. Fiessinger rapporte un cas comparable dans lequel le résultat fut temporaire et pense que la surrénale, histologiquement normale, peut jouer un rôle de « relai ».

Maladie d'Addison traitée par la désoxycorticostérone à doses très élevées et longtemps poursuivies. — M. de Gennes. — Observation d'une maladie d'Addison grave avec prédominance des troubles digestifs. On a employé de la cortine de synthèse à la dose de 10 puis de 20 milligr.. L'amélioration survint vite ; on dut monter jusqu'à 30 milligr. ; au cours du traitement un arrêt de 3 jours suffit pour faire reparaître tous les signes. L'état est redevenu normal.

Traitement de la maladie d'Addison par la désoxycorticostérone à doses élevées. — MM. de Gennes et Mahoudeau analysant six observations de maladie d'Addison traitée par la désoxycorticostérone soulignent l'efficacité considérable de cette thérapeutique qu'ils comparent à la thérapeutique insulinique. Ils ont vu quatre malades reprendre leur métier. Dans leurs observations, la désoxycorticostérone a agi, non seulement sur l'asthénie, la tension artérielle et les troubles gastro-intestinaux, mais encore sur la pigmentation. Les doses à employer sont très variables. Dans une observation des doses élevées furent employées pendant dix-huit mois ; il est à noter que, dans ce cas, l'administration de doses élevées entraîna de l'amaigrissement.

Sciatique discale et sciatique commune. — M. Coste. — L'auteur discute les arguments en faveur ou à l'encontre de l'étiologie discale de la sciatique commune : l'étiologie malgré l'importance du facteur discale demeure complexe.

M. Coste, Mlle Barreaud et M. Buel indiquent que deux symptômes radiologiques peuvent faire penser à l'origine discale d'une sciatique, à savoir : le pincement du disque et l'accrochage lipiodolé sur la hernie du nucléus pulposus.

Discussion. — M. S. de Sèze, a propos de cette communication, présente quelques remarques sur la question des hernies du disque lombo-sacré, invisibles au radio-diagnostic lipiodolé. Considérant les modifications de la procidence discale selon l'attitude du malade, il estime que les déformations vertébrales au cours des sciatiques sont vraiment, avant tout, de nature « antalgique ». Enfin, l'auteur ne pense pas que la guérison — au moins provisoire — de la malade de M. Coste soit une raison pour écarter le diagnostic de hernie discale postérieure. Cette malade présente, au complet, tous les signes cliniques et radiologiques de la sciatique par compression d'origine discale. Le fait qu'elle a guéri sans intervention prouve seulement que certaines sciatiques par compression d'origine discale peuvent guérir par d'autres procédés que l'intervention chirurgicale ; ce dont l'auteur est personnellement convaincu.

Ostéite fibro-kystique atypique et syndrome de Ehlers-Danlos. Lésion parathyroïdienne. — MM. Perreau (d'Angers) Bangas et Lecuit. — Osbervation d'un garçon de 16 ans atteint d'une affection ostéo-articulaire progressive. La constatation d'une décalcifiaction diffuse du squelette et d'une tumeur ostéo-kystique du maxillaire firent conseiller l'intervention qui décela une parathyroïde augmentée de volume. Après la parathyroïdectomie, on nota une diminution de la scoliose avec récalcification et une amélioration de la laxité articulaire et des troubles cutanés.

Séance du 21 février 1941

A propos des cracheurs sains de bacilles de Koch. — M. F. Meerssmann. — L'auteur rappelle les faits qui l'ont conduit à la conception des cracheurs de bacilles de Koch. Ces cracheurs ont été découverts grâce à des recherches entreprises parmi des collectivités d'individus sains ; ils ne présentaient, lors de la

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ADOVERNE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Glucosides de l'Adonis Vernalis* Gouttes : 20 à 40 p. j. Gran. : 2 à 4. Supp. : 1 p. j.	Insuffisances cardio-rénales
BÉNERVA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Aneurine cristallisée* *(Vitamine B_1)* Comp. 1 mg. : 2 à 4 p. j. Amp. 1 cm³ (2 mg) : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ (10 mg) : 1 p. j.	B_1-Hypovitaminoses Surmenage, Algies, Polynévrites, etc.
COLITIQUE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif anticolibacillaire* Adopté par les Hôpitaux et le Ministère des Colonies *Voie buccale :* Une ampoule le matin à jeun, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections à colibacilles Gastro-entérite, Pyélonéphrite, Cystite, Maladies infectieuses des organes génitaux féminins, Ictère, etc...
DIURÈNE Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait TOTAL* *d'Adonis Vernalis*	Œdèmes et Ascites Extrasystoles - Dyspnées
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée* *injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
LARISTINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Solution à 4 p. 100* *de monochlorhydrate Histidine* Amp. 5 cm³ : 1 p. j. intram. Amp. 1 cm³ : 1 p. j. intraderm.	Maladie ulcéreuse gastro-duodénale
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
LYXANTHINE ASTIER Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	Composé anti-arthritique *Iodo-propanol sulfonate de sodium* *Bitartrate de lysidine* *Gluconate de calcium* Granulé effervescent Une cuillerée à café le matin à jeun	Goutte, Gravelle, Rhumatismes Névralgies rhumatismales, Arthrites Cellulites
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide* *(Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies

découverte de l'expectoration bacillifère aucun signe pathologique et sont demeurés tels au cours d'une observation prolongée pendant plusieurs années.

Ils ne peuvent donc être assimilés aux « tuberculeux occultes à expectoration bacillifère » de MM. Bezançon et Meyer.

En terminant, l'auteur insiste sur le fait que la notion des cracheurs sains ne saurait, en aucune manière, diminuer la valeur de la bacilloscopie des crachats dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Névralgie sciatique et funiculite. — M. Decourt rapporte un cas de névralgie sciatique qui, au cours de l'intervention chirurgicale, se révéla être dû à une funiculite typique. L'auteur se demande si l'intervention ne peut être une thérapeutique au cas de sciatique persistante et rebelle à toute thérapeutique médicale.

Discussion. — M. de Sèze ne croit pas que la funiculite primitive joue un rôle important dans la pathogénie des sciatiques. Il rappelle que dans la pensée de Sicard, l'idée de funiculite était étroitement liée à la notion de névrodocité. Ces deux notions doivent rester liées. L'œdème et la congestion du funicule sont le plus souvent secondaires à une compression mécanique du cordon nerveux par les éléments ostéo-fibreux qui le serrent de près à son entrée dans le trou de conjugaison : disque intervertébral en avant, ligament jaune en arrière. La pathologie sciatique est presque toujours ostéo-articulaire avant d'être nerveuse.

Dysenterie bacillaire et rétrécissement du rectum. — MM. Brulé, P. Hillemand et J. Carlotti. — Observation d'un malade sans passé pathologique qui, au décours d'une dysenterie bacillaire à Shiga, a présenté des troubles de la défécation et s'est trouvé porteur d'un rétrécissement large du rectum, haut situé. Il est traité par les sulfamides et les applications diathermiques.

Il est revu au bout de trois mois apparemment guéri. Les auteurs discutent l'étiologie de cette sténose, éliminent un rétrécissement secondaire à une rectite proliférante type Nicolas-Favre et se trouvent ramenés au diagnostic de rétrécissement secondaire à une dysenterie bacillaire.

Albuminuries thyroïdiennes. — MM. F. Rathery, P. Froment et Mme Clerc-Prost. — Les auteurs décrivent un type d'albuminurie thyroïdienne. Il s'agit d'une albuminurie de l'adolescence, non orthostatique, sans trouble de fonctionnement rénal, c'est-à-dire une néphropathie simple. Cette albuminurie s'accompagne d'un abaissement du métabolisme basal. Le malade reçut pendant, près de deux ans, une dose quotidienne de 5 à 10 centigr. d'extrait thyroïdien, cinq jours de la semaine. Sous l'influence de cette médication l'albuminurie disparut depuis près de deux ans et le métabolisme basal est revenu à la normale.

Cette albuminurie thyroïdienne rentre donc dans le groupe des albuminuries endocriniennes.

MM. Kourilsky, Biancani et Delaville **présentent un appareil** de pulvérisation, permettant de projeter un microbrouillard dont l'emploi thérapeutique est très étendu, notamment dans l'insulinothérapie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 5 mars 1941. — Jury : MM. Mathieu, Troisier, Lacomme, Cachera. — M. Frebet. A propos d'un cas de fracture isolée du condyle externe du fémur avec complications vasculo-nerveuses. — M. Chevassu-Périgny. L'orientation professionnelle des ouvriers tuberculeux dans l'artisanat rural. — M. Fenaux. Contribution à l'étude des avortements par injections intra-utérines de substances caustiques.

Jeudi 6 mars 1941. — Jury : MM. Jeannin, Laubry, Clovis Vincent, Soulié. — M. Kauffmann. Sur certains cas d'infarctus du myocarde sans oblitération des artères coronaires. L'apoplexie myocardique. — M. Raynaud. Traitement des suppurations cérébro-méningées post-traumatiques par les corps sulfamidés.

THESE VETERINAIRE

Jeudi 6 mars 1941. — Jury : MM. Tanon, Verge, Vuillaume. — M. Pagot. Les possibilités du contrôle hygiénique du lait. Résultats obtenus à Dijon.

INFORMATIONS

(suite de la page 186)

Ces conférences s'adressent aux étudiants de 2e année.

Ultérieurement, M. Charles Richet traitera les questions suivantes : *Aliments et ration alimentaire, chaleur animale, sécrétion rénale.*

Ces dernières conférences seront destinées aux étudiants de 1re année.

Biochimie médicale. — (Etudiants de 2e année). — M. le Professeur M. Polonovski commencera son cours le mercredi 12 mars 1941, à 17 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, et le continuera les vendredis, lundis, et mercredis suivants, à la même heure.

Le cours portera sur le programme de l'examen de fin d'année.

Physique médicale. — (Deuxième année). — M. le Prof. A. Strohl commencera son cours le jeudi 13 mars, à 17 heures, à l'amphithéâtre de physique, le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. Programme : 1° *Electrologie* ; 2° *Radiologie* ; *Radioactivité* ; 4° *Optique* ; 5° *Actinologie.*

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. le Chef des Travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours.

Physique médicale. — Conférences complémentaires. Première année (nouveau régime). — L'examen de première année portera sur les sujets traités dans ces conférences. — M. Dognon, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 12 mars 1941, à 17 heures, à l'amphithéâtre de physique, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Objet des conférences : *Energétique animale* ; *physico-chimie biologique.*

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres (Prof. M. Jean Troisier). — M. M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux et M. G. Brouet, agrégé, feront durant les mois de janvier, février, mars 1941, dix leçons sur : *Quelques problèmes fréquents dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.* Ces cours auront lieu le *dimanche matin, à 10 heures 30*, salle des cours de la Clinique de la Tuberculose.

Huitième leçon : *dimanche 16 mars.* M. Bariéty : *Les lésions tuberculeuses sous pneumothorax.*

Palais de la Découverte, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (8e).

Conférences médicales. — Dimanche 2 mars, à 15 heures. — M. le Professeur Lenormant, membre de l'Académie de Médecine : *Quelques acquisitions récentes dans la thérapeutiques des plaies.*

Dimanche 9 mars, à 15 heures. — M. le Professeur Lemierre, membre de l'Académie de Médecine : *Les infections générales humaines à microbes anaérobiées,* avec projections.

Dimanche 16 mars, à 15 heures. — M. le Professeur Maurice Lœper, membre de l'Académie de Médecine : *Le soufre en biologie et en médecine.*

Dimanche 23 mars, à 15 heures. — M. le Professeur F. Rathery, membre de l'Académie de Médecine : *Que doit-on attendre de la médication insulinique dans le traitement du diabète sucré?*

Dimanche 30 mars, à 15 heures. — M. le Professeur Laignel-Lavastine, membre de l'Académie de Médecine : *La folie, ses causes, ses limites, ses possibilités de guérison,* avec projections.

Nécrologie

— On annonce le décès du Dr Maurice Mosqueron, à Paris.

— Du Dr Paul Lutaud, ancien interne des hôpitaux de Paris (1903), ancien chirurgien de l'hôpital anglais, secrétaire général de l'Association Générale des Médecins de France, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, décédé à Paris, à l'âge de 64 ans.

— Du Dr Dufestel, père, secrétaire général de la Société des Médecins Inspecteurs des Ecoles, directeur de la *Revue d'Hygiène Scolaire.*

Nous adressons à son fils, le Dr Dufestel, l'expression de nos sincères condoléance.

— Nous avons le regret d'apprendre le décès, survenu à Cloyes (Eure-et-Loir), le 26 février 1941, du Dr Charles Fouquet, ancien interne des hôpitaux de Paris (1901), ex-chef de clinique médicale de la Faculté, ancien assistant à l'hôpital Saint-Louis et chargé de cours à l'Ecole de Médecine de Tours.

— Du médecin général inspecteur Savornin, Grand Officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, décédé à l'âge de 63 ans.

— Et de lord Frédéric Banting à qui l'on doit, avec Best et Mac Leod, la découverte de l'insuline. Il avait obtenu le prix Nobel en 1923.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 21-22. — 12-15 MARS 1941 114e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — L'HÔPITAL TEMPORAIRE DE LA CITÉ UNIVERSITAIRE comprendra six services. Trois services de médecine fonctionnent déjà : le premier sous la direction de M. Julien Marie ; le deuxième sous la direction de M. Soulié et le troisième sous la direction de M. Garcin (anciennement chef de service à l'hospice Alquier-Debrousse).

HOSPICE ALQUIER-DEBROUSSE. — M. Léon Michaux, médecin des hôpitaux, retour de captivité, est nommé chef de service en remplacement de M. Raymond Garcin.

Université de Paris. — Par arrêté, en date du 26 février 1941, M. Maurain, membre de l'Institut, doyen de la Faculté des Sciences de l'Université de Paris, vice-président du Conseil de l'Université, est chargé, en outre, à titre provisoire, des fonctions de recteur de l'Université de Paris.

Faculté de Médecine de Paris. — M. Ménegaux, agrégé, est chargé provisoirement du cours de pathologie chirurgicale, M. Mondor étant chargé d'enseignement à la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

— Dans sa séance du 6 février 1941, le Conseil de la Faculté a décidé d'attribuer, au titre de l'année 1939, le prix auxquels des candidatures s'étaient déclarées :

Il a décidé, d'autre part, afin de réserver les droits des candidats mobilisés ou prisonniers :

1° De surseoir, jusqu'à la fin de l'année 1941, à l'attribution des prix de l'année 1940, le délai de candidature à ces prix étant reporté au 15 octobre 1941 ;

2° D'appliquer la même mesure aux prix de l'année 1939, au sujet desquels aucune candidature ne s'est encore manifestée, savoir : prix Boulay ; prix Déroulède ; prix Desmazes ; prix Gérard-Martinet ; prix Jeunesse (histologie) ; prix Lacaze (phtisie) ; prix Saintour (acidose diabétique) ;

3° De reporter, à la fin de l'année 1942, l'attribution des prix de l'année 1941 (délai d'inscription : 15 octobre 1942).

Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — MM. les Professeurs Paul Piollet et Pierre Dionis du Séjour ont été admis à la retraite.

Ecole de Médecine de Poitiers. — M. Foucault, professeur d'anatomie est provisoirement chargé de l'enseignement de la clinique obstétricale.

Collège de France. — Un décret, en date du 22 février 1941, suspend jusqu'à la date légale de la cessation des hostilités les présentations aux chaires vacantes, à leur suppléance et aux cours complémentaires.

Secrétaires généraux. — Par décret, en date du 3 mars 1941, M. le Dr Serge Huard, précédemment secrétaire général à la Famille et à la Santé est nommé secrétaire général de la Santé.

Secrétariat général de la Santé. — INSPECTION DÉPARTEMENTALE. — Par arrêté du 3 mars 1941, l'arrêté du 1er octobre 1940 mettant en disponibilité d'office, M. le Dr Boulard, inspecteur

départemental d'hygiène des Landes, est rapporté. M. le Dr Boulard est maintenu dans ses fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène des Landes.

Médecins inspecteurs. — M. le Dr Dorvault, inspecteur départemental d'hygiène de l'Aude, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé des Pyrénées-Orientales, en remplacement de M. le Dr Albertin, appelé à d'autres fonctions.

M. le Dr Robert, directeur du bureau d'hygiène de Carcassonne, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Aude. (*J. O.*, 5 mars 1941.)

Médaille militaire. — Par arrêté, en date du 1er mars 1941, de l'amiral de la flotte, ministre secrétaire d'Etat à la marine, commandant en chef des forces maritimes françaises, M. le médecin auxiliaire Labbe (Pierre-Léon), matricule 1905-R-39, a été inscrit au tableau spécial de la médaille militaire pour « faits de guerre ». A été cité. (*J. O.*, 4 mars 1941.)

Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris. — La Corpo adresse ses félicitations et ses vœux ardents à M. le Professeur Sergent, à l'occasion de son élection de Président de l'Académie de Médecine. — Signé : Mordagne.

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — Cours complémentaire d'obstétrique. — M. Sureau, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique, le mardi 4 mars 1941, à 15 heures, au petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, au même amphithéâtre, à la même heure.

Sujet du cours : *Dystocie, Syndromes hémorragiques, Infection puerpérale.*

Conférences d'hygiène et médecine préventive. — M. Pierre Joannon, agrégé, commencera ses conférences le mardi 18 mars 1941, à 17 heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier de l'Ecole pratique et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Sujet des conférences : *Prophylaxie des maladies infectieuses ; Hygiène sociale, hygiène urbaine.*

Histologie. — Enseignement spécial de la technique histologique élémentaire sous la direction de M. Champy, Professeur.

Cours pratiques destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique.

Les séances auront lieu les lundis, mercredis, vendredis, de 14 heures à 17 heures, au Laboratoire d'histologie (salle Ranvier) de la Faculté de Médecine, à partir du lundi 21 avril jusqu'au 26 mai 1941.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures, au secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), ou à la salle Béclard (A. D. R. M.) Faculté de Médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf samedi après-midi). Le nombre des élèves est limité à 20. Droit d'inscription : 250 francs.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. le Prof. Baudouin commencera son enseignement le lundi 17 mars, à 18 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cet enseignement sera fait avec le concours de MM. les professeurs L. Binet et H. Bénard et de MM. les agrégés Bariéty, Cachera, Chabrol, Delay, Gastinel, de Gennes, Justin-Besançon, Lelong, Lenègre, Marchal, Soulié, Turpin et traitera des grands processus de la pathologie générale.

Programme de l'enseignement :

L'insuffisance cardiaque. M. Lenègre : 1re leçon, lundi 17, mars ; 2e leçon mercredi 19 mars. — L'hypertension artérielle. M. Soulié : 1re leçon, vendredi 21 mars ; 2e leçon : lundi 24 mars. — L'insuffisance rénale. M. de Gennes : 1re leçon, mercredi 26 mars ; 2e leçon, vendredi 28 mars. — L'insuffisance hépatique. M. Chabrol : lundi 31 mars. — Pathologie générale des anémies. M. Marchal : 1re leçon, mercredi 2 avril ; 2e leçon, vendredi 4 avril.

Vacances de Pâques :

Les déséquilibres acido-basiques. M. Baudouin : 1re leçon, lundi 21 avril ; 2e leçon, mercredi 23 avril. — Les syndromes hémorragiques. M. Bariéty : 1re leçon, vendredi 25 avril ; 2e leçon, lundi 28 avril. — Infantilismes et nanismes. M. Lelong : 1re leçon, mercredi 30 avril ; 2e leçon, vendredi 2 mai. — La défaillance respiratoire. M. Binet : Lundi 5 mai. — Les troubles de la respiration cellulaire. M. Bénard : 1re leçon, mercredi 7 mai ; 2e leçon, vendredi 9 mai. — Pathologie générale des avitaminoses. M. Justin-Besançon : 1re leçon, lundi 12 mai ; 2e leçon, mercredi 14 mai ; 3e leçon, vendredi 16 mai. — Le choc traumatique. M. Cachera : lundi 19 mai. — Hérédité et génétique. M. Turpin : 1re leçon, mercredi 21 mai ; 2e leçon, vendredi 23 mai. — Processus et syndromes infectieux. M. Gastinel : 1re leçon, lundi 26 mai ; 2e leçon, mercredi 28 mai. — Les phénomènes allergiques. M. Gastinel : vendredi 30 mai. — *Congé de la Pentecôte :* lundi 2 juin. — Processus d'involution cérébrale. M. Baudouin : mercredi 4 juin. — Généralités sur les démences. M. Delay : vendredi 6 juin. — Généralités sur les délires. M. Delay : lundi 9 juin. — Le syndrome d'hypertension intracranienne. M. Baudouin : 1re leçon, mercredi 11 juin ; 2e leçon : vendredi 13 juin.

Clinique médicale de l'hôpital Cochin. — Professeur : M. F. Rathery.

Leçons du dimanche sur les régimes et leur adaptation actuelle. — Une série de dix conférences sur les régimes et leur adaptation actuelle sera faite à l'amphithéâtre des cours de la Clinique Médicale de l'hôpital Cochin, le dimanche matin, à 10 heures 30, à partir du 16 mars 1941.

Programme des conférences. — 16 mars : M. le Prof. F. Rathery : Les régimes types de réglementation et leur adaptation au traitement des malades. — 23 mars : M. le Dr Ch. Richet, agrégé : Les régimes de la puberté et de l'adolescence. — 30 mars : M. Edouard de Pomiane, professeur à l'Institut Scientifique d'Hygiène alimentaire : Technique culinaire actuelle et aliments de remplacement. — 27 avril : M. le Dr Turpin, agrégé : Les régimes des nourrissons normaux et malades. — 4 mai : M. le Dr Vignes, agrégé : Les régimes de la femme enceinte. — 11 mai : M. le Dr Chabrol, agrégé : Les régimes des hépatiques. — 18 mai : M. le Dr Lian, agrégé : Les régimes des cardiaques. — 25 mai : M. le Prof. Louis Merklen (de Nancy) : Les régimes des sportifs. — 8 juin : M. le Dr Ameuille, médecin de l'hôpital Cochin : Les régimes des tuberculeux. — 15 juin : Mme L. Randoin, directeur du laboratoire de Physiologie de la Nutrition (Ecole des Hautes Etudes) : Régimes, Vitamines et Equilibre alimentaire.

Ces conférences sont libres, mais elles sont plus particulièrement réservées aux médecins praticiens.

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres (Prof. M. Jean Troisier). — M. M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux et M. G. Brouet, agrégé, feront durant les mois de janvier, février, mars 1941, dix leçons sur : *Quelques problèmes fréquents dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.* Ces cours auront lieu le *dimanche matin, à 10 heures 30*, salle des cours de la Clinique de la Tuberculose.

Neuvième leçon : *Dimanche 23 mars.* M. Bariéty : *Les autres méthodes thérapeutiques de la tuberculose ulcérée (phrénicectomie, thoracoplastie, drainage endocavitaire).*

Hôpital Laënnec. — Service d'electro-radiologie. — Docteur Delherm, chef de service. — *Enseignement des stagiaires de la Faculté.* — Les mardis à 9 heures : exposés pratiques sur la Roentgenthérapie en cancérologie.

Les jeudis à 9 heures : l'hématologie dans ses rapports avec la Roentgenologie.

Les vendredis à 9 heures : exposés pratiques sur la Roentgenthérapie dans les affections non cancéreuses et sur la Curiethérapie dans les affections cancéreuses.

A partir de 10 heures : examen des malades et participation aux traitements.

Les mercredis et samedis à 10 h. 30, présentation de malades par le chef de service et ses assistants.

Nécrologie

— Le Dr Pron (d'Alger).



LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULd PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

2 médicaments cardiaques essentiels

LES DÉVIATIONS DU RACHIS CONSÉCUTIVES AUX AFFECTIONS DES VISCÈRES THORACIQUES ET ABDOMINAUX

Par M. Lance
Membre de l'Académie de Chirurgie

Les affections aiguës ou chroniques des organes contenus dans le thorax et l'abdomen peuvent donner lieu, soit dans le cours de leur évolution, soit comme séquelles, à des déviations du rachis passagères ou durables. Certaines sont bien connues, d'autres ont été l'objet d'études récentes. Nous allons les passer en revue.

***

Affections thoraciques

I. *Affections aiguës.* — Les affections douloureuses aiguës du poumon et de la plèvre peuvent donner lieu à une incurvation du rachis par la position antalgique que le malade tend instinctivement à prendre. Le tronc s'incline à la fois en avant et du côté douloureux, le bassin peut parfois se soulever du même côté. C'est une courbure totale, ou plus souvent limitée à la région dorso-lombaire. Elle débute avec la douleur, augmente avec elle, cesse avec elle.

Dans les pleurésies à grand épanchement, on a parfois signalé une déviation du rachis à convexité du côté de l'épanchement, qui semble avoir une origine mécanique. Si le refoulement du médiastin du côté opposé n'est pas possible, l'abaissement du diaphragme et des côtes par l'épanchement entraîne la déviation du rachis.

Ces déviations passagères sont sans intérêt.

II. *Affections chroniques.* — Il n'en est pas de même de celles qui se produisent au cours des affections chroniques de la plèvre et du poumon.

Il faut se représenter que l'équilibre du rachis dorsal n'est pas, comme par exemple celui du rachis cervical, lié seulement à l'équilibre musculaire. Il peut être aussi conditionné par les déformations du thorax, les variations de la pression intrapleurale, des adhérences et rétractions de la plèvre, du poumon et du médiastin.

Ces déformations sont d'autant plus marquées que l'affection a débuté chez un sujet jeune à thorax souple, a évolué longtemps et que les lésions de sclérose sont profondes et étendues.

Les processus thérapeutiques, en particulier les larges résections costales peuvent modifier la statistique du rachis. Nous avons aussi à les envisager.

Affections pulmonaires chroniques

Toutes les affections pulmonaires chroniques qui finissent par entraîner une sclérose interstitielle étendue comme certaines broncho-pneumonies à répétition de l'enfant, peuvent entraîner une déviation rachidienne.

Dans les abcès pulmonaires, on peut observer une déviation : sur 48 cas, Bisgard (*Archiv. Surgery*, T. XXIX, sept. 1934, p. 417) a vu quatre scolioses par rétraction pleurale et trois par rétraction pulmonaire.

La dilatation bronchique. — La dilatation bronchique déforme exceptionnellement le rachis (1 cas sur 42 malades, Bisgard).

Mais c'est surtout dans la *tuberculose pulmonaire* prolongée, tendant à évoluer vers la sclérose qu'elles ont été signalées.

L'examen du rachis des tuberculeux pulmonaires (Schultess) ou de leurs radiographies (Schellenberg et Scherer, Rieder et Schut, Novel, Brisgard, Lamiraud) montrent que 60 à 65 % ont un rachis dorsal rectiligne ; 35 à 40 % ont une déviation dont l'importance est variable selon l'âge, la forme et l'extension de la lésion, la participation plus ou moins étendue de la plèvre, mais toujours c'est une déviation à concavité tournée du côté de la lésion.

Dans les cas habituels c'est une courbure régulière, de quelques millimètres de rayon, limitée à la région dorsale, s'associant souvent à de la cyphose, mais ne s'accompagnant pas de rotation vertébrale. Il n'y a jamais de gibbosité. Dans les cas légers, la déviation passe souvent inaperçue et n'est relevée qu'à l'examen des clichés radiographiques.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et lorsque la plèvre participe au processus (adhérences, pneumothorax spontané ou thérapeutique infecté) on peut voir le rachis présenter une inflexion marquée et visible même à travers les vêtements.

Au total, on peut dire que les lésions chroniques du poumon ne donnent de déformations rachidiennes que si le poumon subit une infiltration scléreuse étendue — ou si elle s'accompagne de rétraction pleurale.

Affections chroniques pleurales

Depuis la publication initiale de Delpech (1827) la description de Laennec, la thèse classique Peyrot (1876), de nombreux travaux, en particulier aux Etats-Unis (Gurd, *Archiv. of Surgery*, 5 sept. 1922, p. 366. Hedblom, *J. A. M. A.* 94, n° 3, 18 janvier 1930. Carrey, *J. A. M. A.* 18, 9 janvier 1932, p. 1909. Bisgard, *loc. cit.* Seelig et Arnheim, *Archiv. of. Surgery*, Vol. 39, n° 5, novembre 1939, p. 798) ont été publiés sur ce sujet. Nous les résumerons brièvement.

Nous avons vu que lors d'une pleurésie à grand épanchement, si le médiastin ne peut se déplacer, on peut, par exception, voir le rachis présenter une convexité du côté de cet hémithorax dilaté. Il peut en être de même pour un pneumothorax maintenu très longtemps avec une pression + contre un médiastin fixé.

Mais la déformation habituelle est due à la rétraction fibreuse pleurale entraînant l'aplatissement des côtes. Celle-ci n'entraîne pas fatalement une déviation du rachis. Tout dépend du siège et de l'étendue de la lésion. Les pleurésies antérieures et bas situées donnant lieu à des aplatissements limités du thorax ne dévient pas le rachis. Les lésions postérieures, haut situées, ou surtout, intéressant toute la cavité et de longue durée entraînent une déviation qui est toujours concave du côté malade.

L'étendue de la déformation est très variable. Les pleurésies séro-fibrineuses de grande durée, avec rechutes, peuvent entraîner à la longue chez l'enfant, par rétraction des exsudats, par atrophie musculaire de la paroi un aplatissement de l'hémithorax correspondant, avec inclinaison du rachis de ce côté.

Mais c'est surtout après l'*empyème* que l'on observe cette déformation.

Dans l'immense majorité des cas, cet aplatissement reste limité. Il se traduit par une diminution de tous les diamètres de l'hémithorax. On trouve à la mensuration une diminution de l'hémipérimètre de 2 centimètres 5 à 7 ou 8 centimètres (Apert, *Société de Pédiatrie*, 1908, p. 277). Cette rétraction entraîne une diminution considérable de la capacité vitale (15 à 25 %) qui n'est pas en rapport avec l'aplatissement et qui est due surtout à l'immobilité de la paroi costale.

Dans un nombre de cas heureusement restreint on voit se former progressivement, en plusieurs années, des déformations énormes qui font de l'enfant un véritable infirme. Dans ces cas exceptionnels, l'aspect est caractéristique. Le thorax s'est effondré dans tous ses diamètres, vu de dos, on constate que le rachis s'est incurvé vers le côté malade. La paroi du côté concave est étroite, tassée, les côtes tendent à devenir verticales, intriquées les unes dans les autres, tandis que du côté sain, étalé, distendu, les côtes sont écartées, tendant à devenir horizontales. Alors que

dans les formes légères il peut y avoir parfois une minime rotation vertébrale (Schultess, Walter, Haus, dans les formes graves, contrairement à la loi de Lovett (constance de la torsion sur un flexible qui subit une courbure dans deux plans à la fois) il n'y a pas de rotation, pas de gibbosité. C'est que la gibbosité est fonction de la rotation des côtes. Or, ici les côtes sont fixées, soudées à la plèvre, soudées parfois entre elles par une plaque de périostose autour d'une cicatrice de résection costale ; elles sont immobiles. Vu de face, on constate que la région mamelonnaire et axillaire du thorax s'enfonce profondément vers le rachis, tandis que la ceinture scapulaire reste comme suspendue dans le vide par ses attaches musculaires. Le rachis présente une courbure dorsale, courte, angulaire, le plus souvent sans courbure de compensation. La radiographie montre que le médiastin est dévié avec le rachis. La capacité pulmonaire est considérablement réduite.

Ces formes graves, incurables, sont exceptionnelles. Bisgard sur 146 cas d'empyème chronique, a trouvé 95 déviations du rachis (65,8 %), mais 61 légères, 37 de courbure modérée et seulement 3 cas (2 %) de déformation grave. Quelle est l'origine de ces grandes déformations?

Elles semblent succéder à des pleurésies purulentes restées fistuleuses pendant de longues années, ou ayant subi des résections costales étendues à la manière d'Estlander ou de Schede, en une fois ou par étapes à la suite de rechutes successives. Faut-il alors penser que la thérapeutique actuelle des pleurésies purulentes chez l'enfant : ponction suivie d'incision à minima sans résection costale, drainage à clapet, gymnastique respiratoire (spiroscopie) pendant la convalescence, mette complètement à l'abri de cette redoutable séquelle? Il ne le semble pas. La plupart des auteurs qui, dans ces dernières années, ont étudié la sclérose post-pleurétique (Hedblom, Rey, Bisgard,t Gaugele, Chandler) ont bien noté que, si certains empyèmes ainsi traités guérissent sans déformation, d'autres, dans les mêmes conditions, en conservent une de manière permanente. Et la proportion est très variable selon les statistiques. Alors que Rey sur 31 cas traités par simple incisions voit 27 cas de déviation du rachis, Bisgard, sur 43 malades traités de la même manière, n'a vu persister que deux courbures légères du rachis.

Pour essayer d'expliquer ces contradictions Seelig et Arnheim (*Loc. cit.* 1939), ont passé en revue tous les enfants traités dans le même service de 1932 à 1936, et cela avec un recul de plusieurs années : 65 malades ont été revus, 60 n'ont pas de déformation du rachis (46 enfants, 14 adultes), 5 seulement ont présenté des déformations : 2 avaient subi une thoracoplastie et présentaient la déviation que nous verrons plus loin, 3 avaient subi pour des empyèmes à rechute des excisions de côte multiples et offraient une déformation de type grave. Mais il faut noter que sur les 65 malades, 13 avaient subi des opérations multiples pour empyème chronique.

De ce travail on peut conclure que la scoliose, au moins dans ses formes graves n'est pas une complication de l'empyème aigu guérissant rapidement par une petite incision. Qu'au contraire, elle peut se produire, mais d'une manière non fatale, dans les empyèmes chroniques récidivants nécessitant des résections costales plus ou moins étendues. Mais ce n'est pas l'étendue des résections costales qui cause la déformation, car elles sont pratiquées en général dans la région basse et latérale du thorax, mais ce sont les lésions qui les ont nécessitées, ces épaississement de la plèvre (parfois 2 cent. et plus) pariétale et pulmonaire sclérosée.

Il semble donc que ce soit la nature de l'infection qui ici joue le rôle capital. Ce qui revient à dire, ce que nous savons, que l'emyène à pneumocoque du petit enfant bien traité, guérit sans séquelles, tandis que les pleurésies à streptocoques, à staphylocoques, trainantes, à rechutes peuvent exposer à de graves déformations. Il faut penser que la médication par les sulfamides viendra heureusement modifier le pronostic des pleurésies purulentes à streptocoque par une médication locale et générale. Des cas isolés encourageants on déjà été publiés en ce sens.

III. *Déviations à la suite des opérations thoraciques.* — Parmi les opérations pratiquées dans un but thérapeutique chez les tuberculeux pulmonaires, si certaines n'ont aucun retentissement sur la statique rachidienne, il n'en est pas de même de la *Thoracoplastie.* Au début, lorsqu'on employait la technique de Sauerbruch, l'incision intéressait les muscles suspenseurs de l'omoplate (trapèze, rhomboïde, angulaire et, partiellement, grand dentelé), aussi on observait, à la suite de l'opération, une chute de la ceinture scapulaire et un enfoncement de l'omoplate dans la dépression causée par l'ablation costale.

Peu à peu on a cherché à éviter ces délabrements musculaires en opérant, en dissociant les muscles scapulaires au lieu de les inciser (Picot, de Genève, Finochietto, Marc Iselin et Charp, *Archiv. of Surgery*, T. XXXIX, septembre 1939, n° 3, p. 353), comme dans l'incision de Mac Burney pour l'appendicite, et en rapprochant la section costale le plus possible du rachis.

La résection de la partie postérieure de la côte est complétée ou non par la résection de l'apophyse transverse. Dans le premier cas on ne sacrifie que les muscles iléo-costaux et complexus qui ont peu d'importance dans la statique du dos. Quand on résèque l'apophyse transverse on désincère les transverso-épineux, muscles rotateurs des vertèbres (Duchenne, de Boulogne). Il semble donc que le ménagement de l'apophyse transverse expose moins aux déformations. En réalité, comme me l'a fait remarquer Maurer qui, aimablement, a bien voulu me donner son opinion si autorisée sur ces déformations après thoracoplastie, quand on a enlevé la côte en totalité cela saigne dans la profondeur, on met des pinces, on fait des ligatures, on a coupé des nerfs, si bien que les muscles non désinsérés peuvent être atteint d'atrophie par énervation ou ischémie.

En fait qu'observe-t-on maintenant après les thoracoplasties hautes et postérieures ménageant les muscles scapulaires?

Comme le montrent les examens à longue échéance des malades ayant subi une thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire (Lamiraud, thèse de Bordeaux 1938-39, n° 4). On trouve, le plus souvent, une déviation du rachis. Si le rachis était rectiligne avant l'opération, c'est une courbure à convexité du côté opéré, courbure d'ordinaire peu marquée, sans rotation, non progressive, ayant plutôt tendance à la longue à s'effacer par apparition d'une courbure de compensation au-dessous. Son origine peut être ainsi comprise : la côte n'est pas un soutien passif mais actif, elle appuie sur la vertèbre ; l'ablation des côtes d'un seul côté du rachis enlève cet appui et livre les vertèbres à la poussée du côté sain. Si, comme cela se voit souvent chez les tuberculeux pulmonaires, il existait déjà une légère déviation à concavité tournée vers la côte malade, celle-ci a tendance à se redresser et à être remplacée à la région dorsale par une courbure inverse (cette constatation n'a pas été sans faire naître quelques espoirs sur la possibilité de créer une méthode de redressement des scolioses par sections musculaires).

Ceci c'est la règle. Mais, de temps en temps, exceptionnellement, on voit chez des malades à lésions comparables, opérées de la même manière, par le même opérateur, n'ayant fait aucune complication pleurale, se développer progressivement après thoracoplastie, une scoliose grave, sans que l'on puisse établir encore la cause de cette aggravation (Maurer). Sur 131 malades traités par thoracoplastie Brisgard en a trouvé à distance 2 présentant une courbure convexe grave après l'opération. C'est donc une séquelle importante mais exceptionnelle.

Les opérations moins importantes pratiquées pour favoriser le repos pulmonaire, ont peu de retentissement sur le rachis dans la tuberculose.

La section des phréniques ou des scalènes n'en a pas.

La section étendue des nerfs intercostaux (3e à 10e) entraîne une légère déviation convexe du côté opéré.

Le retentissement des opérations pulmonaires sur le rachis dépend surtout de l'étendue des résections costales nécessaires pour les pratiquer. Bisgard note que sur 11 cas d'ablation du lobe inférieur du poumon pour dilatation

bronchique, il existe 9 déviations à type thoracoplastique : 3 légères, 5 de degré modéré et 1 grave ; tandis qu'à la suite de 15 cas de drainage d'abcès intrapulmonaire, il ne s'est produit que 5 cas de déviations légères.

Bisgard insiste dans un autre travail (*Thoraciq. Surgery*, T. III, octobre 1933, p. 99) sur le traitement prophylactique des déviations post-thoracoplastiques par le simple decubitus latéral sur le côté opéré avec un gros coussin placé dans le pli de la taille (position opératoire pour le rein), on obtient une correction de la déformation.

***

Affections abdominales

Deux organes ont été surtout signalés comme pouvant être l'origine de déviations rachidiennes : l'appendice et le rein.

Appendicite. — La scoliose appendiculaire est bien connue depuis les publications de Mayet (1913) et de Delapchier (1913). Au cours de l'appendicite aiguë la contracture des droits et des obliques de l'abdomen du côté droit entraîne une déviation du rachis lombaire ou dorso-lombaire convexe à gauche, déviation réflexe, passagère qui cesse avec la crise.

Il n'en est pas de même dans l'appendicite chronique, surtout dans les formes rétro-coecales avec appendice haut situé, accolé au psoas. Si l'affection est méconnue, l'enfant est amené au médecin pour une déviation du rachis. Mais celle-ci est de caractère particulier : courbure lombaire ou dorso-lombaire gauche sans courbure de compensation, sans rotation en flexion, se redressant à la main et quand on fait asseoir le malade. Avant d'ordonner un traitement par la gymnastique, qui ne serait pas sans danger, il faut par la palpation profonde de l'abdomen, par la recherche de l'hyperextension du psoas, rechercher la possibilité d'une appendicite chronique. Il nous a été donné d'observer plusieurs de ces cas qui, après l'opération, nous sont revenus redressés.

Lésions du rein. — Beaucoup plus fréquentes et plus importantes sont les déviations d'origine rénale. Cette fréquence ne peut étonner étant donné la situation profonde, extrapéritonéale du rein et son organe d'excrétion l'uretère, en rapport direct avec le psoas, le carré des lombes. Mais il faut d'emblée établir une distinction nette entre les déviations d'origine rénale, et la concomitance d'une déviation rachidienne et d'une néphropathie. Cette concomitance est fréquente.

On sait, depuis Bouvier, combien dans les scolioses lombaires et dorso-lombaires graves, les reins peuvent être déplacés ou comprimés, atrophiés, et les lésions rénales des grands scoliotiques (déplacements du rein, hydronéphroses par compressions, lithiase par stase, mais surtout les atrophies, néphrites parenchymateuses ou interstitielles) ont fait l'objet de travaux nombreux et importants (constatations nécropsiques de Bachmann 1899, études cliniques de Mosenthal (1935), Fratani (1935), Vaccari (1939). On sait aussi que, à cause des déformations squelettiques, que ces lésions rénales nécessitent l'emploi, chez les grands scoliotiques, de voies d'abord spéciales pour leur cure chirurgicale. Il y a aussi la coexistence, qui ne serait pas exceptionnelle d'anomalies de l'arbre urinaire dans les malformations congénitales du rachis pouvant entraîner une scoliose (spina bifida, hémivertèbre, fusions somatiques, etc...).

Ce n'est pas de cela qu'il est question ici mais des déviations du rachis occasionnées par les lésions des reins.

Leur histoire est déjà ancienne. Depuis la thèse de Besson (Paris 1887-88) des cas isolés de déviation réflexe du rachis par abcès paranéphrétique, par rein mobile, par calculs rénaux ont été publiés. Le premier travail d'ensemble est celui de Zezas (*Archiv. Orthop.* 1910), qui réunit ces cas sous le nom de scoliosis nephrotica. Il est remplacé par celui de scolioses néphrogènes dans l'important travail que leur consacre Blumensaat et Nestmann (Brüns' *Beiträge zur Klin. Chir.*, B. 149, 1930, p. 508).

En France, Gayet (de Lyon), publie des observations que l'on trouve réunis dans la thèse de Fratani (Lyon 1935). Depuis lors, les travaux se multiplient sur ce sujet dus aux urologistes américains et italiens. On les trouvera exposés dans le mémoire très complet de Fréderico Vaccari (*Archivio Italiano de Chirurgia*, avril 1939, vol. LVI, f. 11, p. 129).

Cette scoliose, réflexe d'origine rénale, s'observe surtout chez les sujets jeunes, à rachis souple. Elle présente comme caractères de siéger toujours à la région lombaire ou dorso-lombaire, d'être à courbure régulière, peu marquée, sans courbures de compensation, sans rotation et, comme toutes les déviations réflexes, elle disparaît sous anesthésie générale et quand la néphropathie causale est guérie. Mais, et c'est là le point capital, le sens de la courbure est tantôt convexe du côté malade, tantôt concave. Comme dans la scoliose d'origine sciatique, la déviation est tantôt homologue, tantôt hétérologue. Comme dans la scoliose sciatique, la raison de cette diversité d'orientation de la courbure a été très discutée.

La courbure concave du côté de la lésion serait due à la contracture homolatérale du psoas et du carré des lombes ; la courbure en sens inverse incomberait soit à une contracture de mise en défense des muscles du côté opposé, soit à une attitude de compensation (Bianchini). Mais, ce qui est beaucoup plus important, c'est qu'on a cherché à établir un rapport direct entre la nature de l'affection causale et le sens même de la déviation rachidienne.

En effet, Blumensaat et Nestmann donnent les chiffres suivants : dans la lithiase rénale on trouve une scoliose concave vers le côté sain dans 86 % des cas contre 8,3 % du côté opposé et 5,6 % sans courbure. La courbure dans cette affection a la valeur nette d'une position antalgique. Dans toutes les autres affections on observe, au contraire, une prédominance nette des déviations à concavité du côté malade : 66,6 % pour les pyonéphroses, 80 % pour les pyélites unilatérales et la tuberculose rénale, 82 % pour l'hydronéphrose, 88 % pour le rein mobile, et enfin 100 % dans les périnéphrites purulentes. Dans ces cas, la courbure est avans tout due à une contracture par diffusion ou par contiguité de l'affection rénale.

Dans le rein mobile et l'hydronéphrose avec l'augmentation de volume, un facteur mécanique peut venir s'y ajouter. De ces constatations résulterait que le sens de la déviation du rachis dans les affections des reins présente une valeur pour leur diagnostic, et, partant, pour leur thérapeutique, c'est un symptôme à ajouter aux autres,, qui, dans les cas de diagnostic difficile peut apporter un complément d'information aux constatations radiographiques.

Ces conclusions ont été très discutées, en particulier par l'Ecole Italienne. Bianchini (1932), s'appuyant sur les observations de la Clinique chirurgicale de Rome, arrive à des résultats nettement contradictoires, alors que Geraudi (1934) avec les observations de la Clinique urologique de Milan se range à l'opinion de Blumensaat et Nestmann. Récemment Fr. Vaccari (*Archivio Italiano de Chir.*, avril 1939, vol. LVI, fasc. I, pp. 129-163), réunissant les documents de la Clinique chirurgicale de l'Université de Pavie, reprend la question. Il montre que l'examen des radiographies ne suffit pas, elles doivent être confrontées avec la clinique. On ne doit tenir compte que des lésions rénales unilatérales, vérifier l'absence de lésions abdominales ou thoraciques. Un contrôle doit être fait aux différents stades de l'affection.

Il résulte des examens faits dans ces conditions que, comme le pensait Géraudi, sauf pour les paranéphrites et périnéphrites purulentes dans lesquelles on trouve une nette prévalence de déviation à concavité rachidienne du côté malade (75 % contre 25 % de rachis restés rectilignes), dans tous les autres néphropathies la prévalence de la déviation dans un sens ou dans l'autre est si peu sensible qu'elle ne peut entrer en ligne de compte pour établir un

diagnostic. Pour quelques affections, la direction habituelle de la courbure se trouve être inverse de celle indiquée : c'est ainsi que, pour le rein mobile, Vaccari trouve une courbure convexe dans 31,8 % alors que Blumensaat et Nestmann indiquent 86 % de déviations concaves et Bianchini 66 %.

Il résulte de tous ces travaux un fait certain, c'est qu'il existe souvent dans les affections rénales une attitude scoliotique qui disparaît avec l'affection rénale. C'est seulement par exception que, chez l'enfant, une déviation longtemps prolongée pourrait se fixer par son retentissement sur la croissance du rachis.

On a encore signalé une déviation du rachis au cours des hématomes périrénaux consécutifs aux ruptures traumatiques du rein.

Les opérations sur le rein n'entraînent pas, à leur suite, des déviations rachidiennes, ainsi que le font souvent, nous l'avons vu, les opérations thoraciques. L'incision classique, malgré la section des obliques, du transverse et partiellement du grand dorsal, ne laisse pas d'attitude vicieuse. Mais quelquefois, après des collections purulentes périnéphrétiques longtemps drainées, on voit s'établir une inflexion du rachis marquée et permanente due aux rétractions des plans profonds. J'en ai observé un cas récemment, mais ici c'est l'affection traitée et non l'intervention qui sont en cause.

A côté de ces attitudes scoliotiques réflexes, ces déviations par rétraction cicatricielle, le rein ne peut-il, exceptionnellement, jouer un rôle dans la création de scolioses vraies par lésions osseuses. On connait les lésions osseuses analogues à celle du rachitisme qu'entraîne le nanisme rénal.

Ces lésions atteignent les os des membres et du thorax, mais laissent indemne le rachis, (Ph. Seringe, Le nanisme rénal, Revue générale, *Gazette des Hôpitaux*, 8-11 janvier 1941, nos 3-4). Les néphropathies acquises peuvent déterminer des lésions généralisées du squelette. L'Ecole de Genève, avec Rutischauer, l'a démontré expérimentalement (Queloz, *Thèse de Genève* 1938), et on en a publié des observations (F. Guye et Er. Rutischauer, *Presse Médicale*, n° 99, 17 déc. 1940, p. 1035). Ces lésions osseuses peuvent atteindre le rachis et Rutischauer a publié (Schweizer, *Méd. Woch.* 1938, 67 à 88, p. 911) un cas de cypho-scoliose extrême consécutive à une néphrite interstitielle, c'est un cas exceptionnel.

***

Au total on peut voir, au cours des affections aiguës thoraciques ou abdominales, apparaître des déviations rachidiennes passagères dues à des contractions musculaires, à une position antalgique. Elles restent peu importantes et cessent avec l'affection. Il n'en est pas de même des affections chroniques du poumon, et surtout de la plèvre qui, par les rétractions intrathoraciques, les déformations costales, les opérations curatives qu'elles suscitent, peuvent entraîner des déformations graves et incurables.

A. B. C. de la Médication digitalique à l'usage du médecin, par le professeur docteur E. Edens. — Petit in-8° de 47 pages, à Paris, chez J.-B. Baillière et fils, et à Lausanne, chez Payot et Cie.

Clinique et pathologie comparées, vénéréologie, cancérologie, dermatoses, médecine générale, phytopathologie, par L. Bory, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, avec une préface du professeur M. Fiessinger. — Un volume de 240 pages. Prix : 50 francs, chez Masson et Cie, 1939.

Applications médicales du nouveau codex et prescription des substances vénéneuses, par H. Hazard. — Un volume de 92 pages. Prix : 18 francs. Chez Masson et Cie, 1939.

LES ASTHÉNIQUES MÉCONNUS
L'ASTHÉNIE CHRONIQUE SEQUELLE

par R. Benon
Médecin du quartier des maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes

L'asthénie est commune, mais il n'y a que deux maladies asthéniques, l'asthénie chronique séquelle et l'asthénie périodique. L'asthénie est trop commune, comme la douleur par exemple, d'où l'obscurité qui règne en la matière. Elle est toujours musculaire et psychique, bien que quelques malades restent imprécis dans leurs déclarations lors d'un premier examen. Elle est chaque jour méconnue, incomprise, aggravée, mal soignée, pour des raisons diverses, mais surtout faute d'enseignement scientifique spécial. Elle est alléguée maintes fois : il s'agit d'en déterminer la valeur clinique. Elle est bien rarement simulée, jamais peut-être ; le langage de l'asthénique vrai est si particulier, il s'accompagne d'harmoniques si personnelles, qu'on ne saurait l'inventer ou le soutenir longtemps.

Asthénie et fatigue

En vain certains auteurs tendent-ils à mêler asthénie et fatigue. Les malades font exactement la différence entre l'un et l'autre état. Ils déclarent volontiers ou souvent qu'ils sont fatigués, lassés, courbaturés. Mais ils savent se corriger et préciser. Il suffit de les écouter un peu patiemment, un peu longuement. « Non, disent-ils, ce n'est pas la fatigue, je n'ai rien fait aujourd'hui, je n'ai rien fait hier, je suis au repos depuis plusieurs jours... C'est une faiblesse, un abattement, une impuissance, etc. ». Si l'on veut, ils sont sans résistance, ils sont plus fatigables, plus rapidement fatigables que des gens normaux. En fait, ils ne peuvent rien faire ou presque rien, des petites choses, des bricoles comme disent les hommes, parce qu'ils savent leur capacité très réduite ou nulle. Les physiologistes ont-ils étudié asthénie et fatigue? Confondent-ils l'une et l'autre?

Asthénie et résignation

Il y a deux sortes d'asthéniques, qu'ils soient chroniques ou périodiques, sans doute du fait de leur constitution ou tempérament : les uns sont des asthéniques résignés, les autres des asthéniques énervés. Les asthéniques résignés, calmes, maîtres d'eux, ne consultent guère les médecins. En général, ils travaillent, font leur tâche, une petite tâche, péniblement, durement, sans se plaindre. Ils se couchent tôt le soir, ils dorment. Le réveil n'est pas gai. Ils reprennent leur travail sans plaisir. Leur journée est celle d'une sorte d'automate. Il ne faut leur demander ni initiative ni variété dans l'ouvrage. — Les asthéniques énervés, irritables ne peuvent guère s'appliquer à une tâche, s'occuper de leurs affaires. Ils se sentent malades, ils voudraient qu'on les guérisse vite de leur état de faiblesse. Ils sollicitent l'appui de leur famille, les conseils des médecins : nul ne voit leur mal ni les conséquences douloureuses, terribles, catastrophiques de ce mal (1).

Oscillations de l'état sthénique

Une chose est remarquable chez certains asthéniques, chroniques ou périodiques, pas chez tous, et cette chose sans doute contribue grandement à dérouter le praticien et l'entourage, c'est que ces malades présentent des variations dans leur état sthénique ; un assez grand nombre,

(1) L'asthénique non résigné qui lutte contre son état se dit justement fatigué. Il met la fatigue avant la faiblesse par insuffisance d'analyse.

en particulier, accusent un mieux-être dans l'après-midi, dans la soirée. Le réveil est chargé de malaises, la matinée lourde de dégoûts. Un bien-être relatif apparaît le soir ; le patient s'attarde à de menues occupations, prend plaisir à quelques distractions, etc., comme si la mise en train avait été longue à s'établir. L'entourage s'étonne, ne comprend plus. Y a-t-il là une forme spéciale d'asthénie? Cela ne correspond-il pas simplement à une constitution nerveuse propre? Ce point est obscur. Il doit être connu afin de protéger le malade contre les erreurs d'interprépation de la famille qui voit des fantaisies là où il n'y a qu'une amélioration épisodique, qui ne se répète même pas chaque jour. Le praticien moderne ignore ces faits : il conseille un examen du sang, une radiographie, etc. ; il n'écoute pas son malade, il ne cause pas suffisamment avec lui pour repérer et classer ses sensations, non pas ses idées.

Asthénie et hyperémotivité

Tous les asthéniques, chroniques ou périodiques, ne sont pas des hyperémotifs, quelques-uns sont doux et résignés. Ceux qui sont très hyperémotifs sont essentiellement des énervés, des irritables, les uns expansifs, les autres renfermés. Un petit nombre ont du chagrin, regrettent leur santé perdue ; d'autres sont anxieux et se demandent quelle sorte de maladie ils peuvent avoir puisque les nombreux médecins qu'ils consultent concluent toujours leurs examens en disant : « Vous n'avez rien ». Ils sont très irritables parce qu'ils ignorent la forme et la nature de leur mal, parce qu'étant lucides, ils en voient les conséquences personnelles, familiales, sociales. Actifs autrefois, travailleurs par goût, par plaisir, ils voient leur impuissance, leur faiblesse, leur néant presque. Ceux qui aiment la vie et ses plaisirs, ceux qui l'ont aimée et l'aiment encore, souffrent moralement de ne plus pouvoir en jouir. Leur caractère est aigri. Ils sont susceptibles, coléreux. Instruits de leur état, ils s'apaisent, acceptent une existence diminuée, au repos, avec quelques occupations faciles. Ils ont souvent des mines florissantes. (Belle mine et rien ne vaut). Il ne faut pas le leur dire.

Asthénie et hypocondrie

Beaucoup de neuro-psychiatres, la très grande majorité sans doute, confondent asthénie chronique séquelle et hypocondrie, et quand l'asthénie chronique séquelle s'accompagne de crises de nerfs (par énervement), ils la confondent avec l'hystérie. Retour au XVIIIe siècle, et méconnaissance totale de l'importance d'un état morbide asthénique ou hyposthénique dont la compréhension est fondamentale pour le traitement. C'est que, premièrement, il y a en particulier une asthénie chronique séquelle pure si on peut dire, simple, typique. Secondement, il y a une asthénie chronique séquelle qui se complique d'idées hypocondriaques, mais qui n'est pas l'hypocondrie. Enfin il y a l'hypocondrie-maladie, major le plus souvent, qui a un point de départ fonctionnel précis, périphérique, avec ou sans douleur localisée ; cette hypocondrie-maladie n'est pas greffée sur l'asthénie ; elle peut se compliquer d'asthénie parce que l'hypocondrie, comme la mélancolie, peut entraîner de l'épuisement nerveux, mais en vérité cette asthénie est secondaire et accessoire. Les cas d'hypocondrie-maladie sont d'ailleurs rares, bien plus rares que la mélancolie. Ajoutons qu'il ne faut pas confondre les phobiques, qui ont l'obsession-phobie des maladies, avec les asthéniques ni avec les hypocondriaques.

Asthénie et insomnie

Il est des asthéniques chroniques et aussi des asthéniques périodiques, qui dorment bien et d'autres qui dorment très mal. En principe, ceux qui font de l'insomnie sont surtout ceux qui éprouvent un certain bien-être l'après-midi et le soir. Ceux qui dorment, ce sont les asthéniques résignés, calmes, non irritables. Ceux qui dorment mal sont toujours des hyperémotifs, volontaires, lutteurs, travailleurs. Faut-il distinguer parmi ces hyperémotifs d'une part les anxieux, d'autre part les énervés? La prédominance de l'énervement chez ces malades est à notre avis manifeste et certaine (énervement exprimé ou énervement contenu, refoulé). Certes, anxiété et énervement sont maintes fois associés, mais c'est le dernier qui pousse le plus à l'agitation, aux réactions impulsives et fâcheuses. Lorsque l'asthénique, bien compris, bien traité, a des nuits meilleures, tranquilles, c'est déjà un gros résultat d'acquis au point de vue thérapeutique.

Asthénie et céphalée

Chez les asthéniques chroniques, chez les asthéniques périodiques, la céphalée (et aussi les autres algies) n'est pas constante. Ils peuvent accuser simplement un peu de lourdeur de tête, un sentiment de vide dans la tête, mais non pas ces céphalées gravatives, paroxystiques, qui semblent être parfois chez le patient le symptôme essentiel. Les asthéniques qui souffrent violemment de céphalée sont toujours des asthéniques énervés, qui refusent de cesser tout travail, ou qui ne savent pas qu'il faut cesser tout travail parce que le médecin, au contraire, parfois, a incliné le sujet à l'action en même temps qu'il lui administrait les fortifiants et les excitants les plus énergiques et les plus nuisibles. Le repos, des soins rationnels font disparaître progressivement la céphalée des asthéniques.

Asthénie et dyspepsie

Dans l'asthénie chronique séquelle et dans l'asthénie périodique, il n'est pas rare d'observer des troubles dyspeptiques, par asthénie gastrique et intestinale. Ils ne sont pas constants, parce que très probablement et simplement le patient de lui-même s'abstient des aliments qui le gênent, qui lui procurent des lourdeurs, ou pesanteurs d'estomac. Un très grand nombre de nos malades ont des ptoses, et nul ne les améliore s'il ne soigne l'asthénie nerveuse générale par le repos complet ou relatif.

Ce n'est pas le lieu ici de traiter de l'asthénie compliquée de troubles psychiques (psychoses d'épuisement) : c'est un autre gros chapitre de la neuro-psychiatrie.

***

Les asthéniques méconnus sont nombreux, surtout ceux qui sont affectés d'asthénie chronique séquelle. Que le savant soit matérialiste, il n'en saurait être autrement : Aristote est le maître universel. Que le médecin soit matérialiste, cela se conçoit. Que la matière soit tout, nous le voulons bien encore. Mais cette matière qui est le siège de la pensée reste mystérieuse. Faire fi des *sensations* de l'asthénique, confondre ces sensations avec des idées, des imaginations, c'est tout de même une grosse erreur, funeste au malade, funeste à la famille, funeste à la société. Les formes de l'asthénie chronique séquelle sont multiples, plus variées que celles de l'asthénie périodique, mais leur diagnostic n'est pas impossible et surtout il n'est pas vain. Toute maladie est un état morbide « vu à travers un tempérament » ; par conséquent en pathologie la diversité est la règle : si l'on supprimait les nuances dans la nature, la vie serait morne, sans attrait aucun. Pour bien traiter l'asthénie chronique, il faut la reconnaître, la comprendre et instituer dans chaque cas le régime de vie convenable.

Oto-rhino-laryngologie, par L. Baldenweck, 3e édition. — Un volume de 229 pages, avec 83 figures. Prix : 18 francs, chez Maloine, éditeur, à Paris, 1938.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Ordre des Médecins (1)

V

C'est à travers toutes les difficultés et dans le cadre des nécessités et des possibilités que nous avons dites que M. S. Huard réussit à édifier l'Ordre des Médecins.

L'armature de cet ordre se trouve actuellement réalisée par un Conseil National et des Conseils Départementaux.

Le Conseil National s'occupe de toutes les questions générales se rapportant à la Médecine et des rapports avec les Pouvoirs Publics ; il constitue un Tribunal d'Appel des décisions prises par les Conseils Départementaux ; il fournit à ceux-ci toutes les indications nécessaires pour la coordination des actions sur l'ensemble du territoire.

Les Conseils Départementaux s'occupent des questions locales, de la discipline comme des rapports avec les administrations publiques ou privées et les organisations évoluant dans le département ; il applique les directives qui lui sont fournies par le Conseil National.

L'Ordre des Médecins, encore une fois, est fort différent des Ordres des Avocats : c'est un Ordre National et il doit l'être non seulement en théorie, mais aussi en pratique. Pour les avocats, les règles qui les régissent ont été établies à une époque où n'était pas encore réalisée la centralisation actuelle, où des contingences locales ont déterminé des règles particulières, parfois fort différentes, sinon opposées, entre les diverses régions ; elles correspondent à des traditions qu'il faut bien respecter ou à des nécessités qui persistent, si bien que l'unification n'a pu être réalisée. Mais, pour les médecins, la même diversité et les mêmes divergences ne sauraient se concevoir. Que ce soit dans une grande ville, dans une bourgade, dans un village, la médecine est toujours la même et ne peut varier tant dans sa pratique que dans ses règles professionnelles déontologiques.

Ce fut précisément une grave erreur du Groupement National préexistant que de ne pas avoir conçu cette identité de principe, de ne pas s'être employé à l'établir ou plutôt à la rétablir et d'avoir ainsi contribué à maintenir une distinction artificielle entre la médecine des villes et celle des campagnes et même à les opposer l'une à l'autre.

En fait, les différences, s'il y en a, ne portent guère que sur des questions de commodité ; le fond de la question demeure le même : les rapports avec les malades comme avec les confrères et les règles de la pratique doivent être régis par les mêmes principes et les modalités particulières qui peuvent se présenter découlent de ces principes généraux qui doivent être uniformes pour tout le territoire. Il appartient aux Conseils de l'Ordre de ne pas se laisser influencer par certaines apparences et de réaliser cette uniformité, condition essentielle d'un exercice normal et salutaire de la médecine.

Cependant l'Ordre des Médecins n'est pas une fin en soi : c'est un moyen et non pas un but. Ce qui importe et ce qu'il faut réaliser c'est l'organisation sanitaire du pays. Cette organisation comprend non seulement la médecine de soins, mais aussi l'hygiène et la prophylaxie et cela dans tous les domaines qui sont susceptibles d'influer sur la Santé Publique. Aussi lui faut-il se rattacher à tous les Ordres et Corporations qui peuvent contribuer à la réalisation de cet ensemble ; il paraît bien impossible que le but poursuivi puisse être atteint sans la collaboration constante des pharmaciens et des vétérinaires : les premiers sont les auxiliaires naturels et indispensables des médecins ; les vétérinaires se trouvent à la base même de toute hygiène et de toute prophylaxie, à la fois par leur action dans les maladies transmissibles à l'homme et par leurs possibilités en ce qui concerne les denrées alimentaires qu'ils contrôlent à leur source même.

Par ailleurs, il est des collaborateurs de la médecine dont il est nécessaire de coordonner l'action avec celle des médecins, pharmaciens et vétérinaires et qu'il faut donc englober dans une telle organisation : ce sont les divers auxiliaires médicaux qui sont pourvus d'un diplôme justifiant leur intervention plus ou moins étendue dans toutes choses relevant de la Santé Publique.

Il convient donc d'envisager une vaste corporation constituée par ces divers éléments et groupée autour des médecins, la Corporation de la Santé Publique.

Pour des raisons que nous avons déjà eu l'occasion d'énoncer, cette corporation ne pouvait être réalisée au stade départemental ; mais elle le sera au stade régional et au stade national, ce qui déterminera une organisation régionale correspondante de l'Ordre des Médecins.

Ainsi seront heureusement groupés tous ceux qui, à un titre quelconque, peuvent utilement et légitimement agir pour le mieux de la Santé Publique. Cette Corporation sanitaire pourra également consulter toute organisation intervenant plus ou moins directement, mais utilement, dans les diverses questions ressortissant à son action, comme, par exemple, la Corporation des Architectes. Ainsi, tous les efforts pourront être coordonnés et, grâce à l'autorité qu'elle tiendra de l'unité de vue et de méthode qui sera la conséquence normale de l'universalité de sa compétence dans ce vaste domaine, la Corporation de la Santé Publique ne manquera pas de réaliser, enfin, une adaptation à la fois des conditions d'existence et des nécessités de soins prophylactifs et thérapeutiques qu'imposent les conditions de vie actuelle et qui sont d'un intérêt vital pour le pays.

A. Herpin.

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 1941, nos 7-8, 9-10, 13-14 et 15-16.

A propos des Médecins étrangers

Une loi du 16 août 1940 stipule que « nul ne peut exercer la profession de médecin s'il ne possède la nationalité française à titre originaire comme étant né de parents français ».

Cette disposition restrictive était devenue nécessaire à la suite des inconvénients de divers ordres qui s'étaient manifestés du fait de cet exercice par de trop nombreux étrangers ; il est, d'autre part, plus normal que, dans un pays, les possibilités de vie soient réservées d'abord aux nationaux.

Mais de telles prescriptions comportent des corollaires ; si les étrangers ne peuvent plus et ne doivent plus exercer en France, il est essentiel de ne plus leur dispenser le diplôme de docteur en médecine d'Etat.

Il apparaît aux moins prévenus que la délivrance de ces diplômes à des gens qui, dès qu'ils le posséderaient ne pourraient plus, du fait d'une loi antérieure l'utiliser, serait au moins paradoxale. Ce serait même plus que cela, car les études, le temps passé, les examens, les thèses comportent des frais : or, on ne peut ignorer que, dès que le titulaire sera pourvu de son diplôme, interviendra automatiquement la loi d'exclusion.

C'est cependant ce qui se passe : alors qu'une Commission poursuit lentement cette exclusion des étrangers, l'Education Nationale distribue, par semaine, 15 à 20 diplômes de docteur en médecine d'Etat à des étrangers que la même Commission devra exclure dès leur installation.

Or, les enquêtes sont longues et délicates ; il est prévu de 10 à 12 mois pour les mener à bonne fin, ce qui est déjà bien long pour ceux qui attendent un poste. Mais, à la cadence actuelle de délivrance de ces diplômes d'Etat, dans 10 ou 12 mois, il faudra continuer cette épuration pour cette foule de nouveaux venus ; et, ainsi, il n'y a pas de raison pour qu'on arrive jamais à bout de ce travail de Pénélope.

Il importerait donc que la coordination indispensable fût établie entre les ministères intéressés et qu'au besoin l'Ordre des Médecins intervînt pour faire cesser cette situation paradoxale.

A. Herpin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 12 mars 1941. — 1° Jury : MM. Lemierre, Mathieu, Leveuf, Couvelaire. — Mlle Duvolon. La méningite à colibacilles.

2° Jury : MM. Troisier, Mondor, Delarue, Moreau. — M. Delpierre. Tumeurs bronchiques curables. — M. Le Brigand. A propos de l'entorse du genou. — Mlle Salomé. Les indications de la lobectomie dans la dilatation des bronches. Etat actuel de la question.

Jeudi 13 mars 1941. — Jury : MM. Brumpt, Lenormant, Cachera, Garcin. — M. La Cam Tuyen. Traitement du pian par le salicylate de bismuth. — M. Tesson. Les sulfamidés dans le traitement des plaies de guerre. — M. Campagne. A propos du fonctionnement d'une ambulance légère dans une guerre de mouvement.

Précis d'actinologie. Les sources de rayons ultra-violets, leur utilisation en pratique journalière, par Jean Saidman. — Un volume in-8° de 293 pages. Prix : 75 francs, chez Gaston Doin et Cie, 1939.

Conflits sociaux et psychoses. Etude médico-sociale, par Maurice Leconte, avec une préface de M. le professeur Henri Claude. — Un volume in-8° de 122 pages. Prix : 40 francs. Chez Doin et Cie, 1939.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1941

Le rachitisme expérimental en présence d'un excès de vitamine A. — M. JAVILLIER et Mme Lise EMERIQUE-BLUM. — La nécessité d'un certain équilibre quantitatif entre tous les principes constituant un régime alimentaire résulte de maints travaux. Les auteurs ont déjà montré que l'excès de l'une des vitamines A ou D provoque des troubles qui, à l'intensité près, rappellent les troubles causés par l'absence de l'autre. Les résultats de leurs expériences sur le rat vérifient pleinement cette affirmation : l'excès de vitamine A précipite bien les phénomènes d'avitaminose D.

Action des injections intraveineuses de gluconate de calcium sur la réserve alcaline et la calcémie. — M. Raoul LECOQ. — Les modifications sanguines apportées par le gluconate de calcium en injections intraveineuses expliquent les propriétés antihémorragique, anticlasique et antitoxique du gluconate de calcium et justifient son emploi avant comme après l'acte opératoire.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 11 MARS 1941

Mortinatalité et mortalité infantile. — M. P. NOBÉCOURT présente un mémoire de M. Etienne GINESTOUS sur la mortinatalité et la mortalité infantile à Bordeaux, pendant treize années, de 1928 à 1940. Pendant cette période, le nombre annuel des naissances a diminué d'un millier.

La *mortinatalité* comprend administrativement les vrais mort-nés et les nouveau-nés morts avant le quatrième jour, date limite de la déclaration. Comme dans toute la France, les mort-nés sont plus nombreux parmi les garçons que parmi les filles. Il en est de même pour la *première année.*

De *1 à 20 ans*, la mortalité paraît être à Bordeaux plus forte pour les garçons que pour les filles. Cette constatation est différente de celle faite pour toute la France, à l'aide des statistiques de MM. Lesage et Marcel Moyne : la mortalité des filles est plus forte que celle des garçons de 10 à 14 ans et surtout de 15 à 19 ans. Mais les statistiques sont établies sur des bases différentes.

Invitamination alimentaire ou médicamenteuse chez le sujet normal. — MM. E. LESNÉ et Charles RICHET (RAPPORT AU NOM DE LA COMMISSION DU RATIONNEMENT). — Quelle que soit l'importance en diététique de la quantité de vitamines ingérées quotidiennement, il convient de rappeler que celles-ci sont loin de constituer, comme le public à tendance à le croire, l'élément essentiel de la nutrition.

La ration calorique, la ration en protides et en lipides tant végétales qu'animales, la notion des équilibres alimentaires, la nécessité d'une ration saline suffisante, sont les idées maîtresses en diététique, car avec une alimentation normale, abondante et variée, la quantité de vitamines ingérées est toujours suffisante.

Cette invitamination naturelle, c'est-à-dire alimentaire, est, chez le sujet normal, la meilleure façon de se protéger contre les carences qui sont particulièrement à craindre chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes ou allaitant.

Dans les conditions telles que celles que nous traversons, l'invitamination médicamenteuse peut donner de bons résultats. Elle ne peut néanmoins rectifier les méfaits de l'insuffisance alimentaire proprement dite, non plus que ceux qui dépendent des déséquilibres alimentaires.

Pour être véritablement actives, les vitamines hydrosolubles doivent être données quotidiennement alors que l'ingestion des vitamines liposolubles peut être discontinue.

L'infection tuberculeuse chez les singes en captivité. — M. Ach. URBAIN décrit, en suivant l'ordre zoologique, les cas de tuberculose enregistrés de 1931 à 1939 au Muséum National d'Histoire Naturelle, tant à la ménagerie du Jardin des Plantes qu'au Parc Zoologique. Tous les sujets en captivité sont susceptibles de contracter l'infection. L'auteur a constaté la tuberculose chez les anthropoïdes : chimpanzés, gorilles et principalement chez les singes communs : cynocéphales, cercopithèques, macaques, etc. Chez ces derniers animaux, il a enregistré en sept ans, 319 pertes, par tuberculose.

Au moyen des cultures et de l'inoculation aux animaux d'expérience, il a pu reconnaître que sur 40 singes examinés, 34 étaient infectés par des bacilles de type humain, 5 par des bacilles de type bovin, 1 par des bacilles de type aviaire.

Enfin, il souligne, du point de vue social, l'importance qu'il y aurait à faire connaître au public la grande fréquence de la maladie chez ces animaux et le danger qu'ils peuvent faire courir aux familles qui les hébergent.

La contribution française au problème de la conservation du lait. — M. LASSABLIÈRE. — C'est le Français, N. Appert, qui réalisa, le premier, la conservation du lait par son chauffage en vase clos. Il imagina de concentrer le lait par le chauffage à l'air libre, puis il mit ce lait concentré dans une bouteille qu'il cacheta avec soin et qu'il porta au bain-marie pendant deux heures ; il constata que le lait ainsi traité se conservait indéfiniment. Toutefois, le goût en était un peu modifié et surtout la matière grasse se séparait plus ou moins. N. Appert a raconté comment il essaya de tourner cette difficulté notamment en incorparant au lait des jaunes d'œufs.

Il a décrit longuement la méthode qu'il a employée pour conserver la crème et le petit lait.

Dès 1811, il avait préparé du lait desséché en tablettes et il avait réalisé le premier la conservation temporaire du lait au moyen d'un court chauffage.

Sans doute, Appert a fait de la stérilisation sans le savoir mais, personne avant Pasteur, ne pourra fournir une explication satisfaisante de la conservation du lait en vase clos.

Après lui, les chercheurs vont aussi essayer d'empêcher la séparation de la matière grasse dans le lait conservé. Pour cela, on incorporera au lait notamment du sucre : c'est l'origine du lait condensé sucré.

Mais, le problème de la préparation d'un lait pur, naturel, inécrémable, malgré les essais poursuivis en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, en Suisse (Meyerber) restait toujours un problème sans solution jusqu'à ce que fût enfin trouvé l'homogénéisation du lait par le Français Gaulin.

La conservation du lait par le froid est due également à un autre Français, Ch. Tellier, qui a été appelé : « le Père du froid » et qui a connu les plus grandes difficultés et les pires injustices pendant plus d'un demi-siècle.

C'est à Ch. Tellier que d'Arsonval adressait ces paroles au cours de la manifestation internationale en l'honneur de l'inventeur du frigorifique, le 5 février 1913 :

« Si tous les humains, s'écriait d'Arsonval, qui bénéficient aujourd'hui de vos découvertes magnifiques : particuliers, savants, industriels, agriculteurs, états grands et petits, souverains mêmes, si tous ceux qui ont vu grâce à vous, s'améliorer leur sort et l'état de leurs finances, vous eussent envoyé des délégués, jamais triomphateur antique, jamais souverain n'eût vu pareil concert d'actions de grâce, s'élever jusqu'à lui. »

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1941

Ostéotomie correctrice du fémur dans une maladie de Paget. — M. J. DELCHEF. — M. BROCQ rapporte cette observation suivie depuis 17 ans avec un résultat excellent.

Epanchement chyleux en péritoine libre. — M. LUZUY. — M. WILMOTH rapporte cette observation dans laquelle on trouve un épanchement chyleux chez une malade opérée deux ans auparavant. Il discute en se basant sur les quelques observations publiées, l'origine traumatique de ces épanchements qui peuvent survenir après un « intervalle libre » parfois considérable.

Subluxation temporo-maxillaire post-traumatique récidivante réduite sans intervention sanglante par traitement prothétique. — MM. BONNET-ROY, SOLAS et DELIBEROS. — M. CAPELLE présente l'appareil fort ingénieux utilisé par les auteurs.

La réduction et l'immobilisation plâtrée en flexion pelvi-cruro-jambière des fractures de cuisse. — M. H. GODARD. — M. LEVEUF présente ce travail basé sur un certain nombre de fractures fermées ou ouvertes.

M. BOPPE rappelle que la méthode de réduction genou en flexion a été décrite, il y a une quinzaine d'années, par Putti.

M. BROCQ se rallie à l'opinion de M. Godard sur l'utilité d'opérer les fractures de cuisse en flexion.

M. MATHIEU insiste sur la supériorité de la broche mise à travers la tubérosité du tibia, et sur la nécessité de maintenir cette extension malgré la pose du plâtre.

Sur l'aspect radiologique frontal du semi-lunaire au cours des luxations rétro-lunaires du carpe. — MM. Huet et Huguier en se basant sur l'étude de 63 cas dont 35 inédits admettent les signes suivants : le semi-lunaire présente une image triangulaire avec modifications des rapports latéraux : diastasis ou empiètement.

M. Cadenat insiste sur un aspect rencontré : semi-lunaire trop petit pour sa loge.

M. Rouvillois croit qu'il y aurait intérêt à recourir à la radiographie stéréoscopique.

De la douleur dans l'appendicite aiguë. — M. Métivet rappelle qu'il y a trois types de douleurs : spontanée, provoquée, irradiée.

M. Braine cite un cas dans lequel la douleur provoquée ne correspondait pas au siège de l'appendice.

M. Moulonguet insiste sur la valeur de la douleur à la pression qui conduit sur la lésion ; c'est là qu'il faut inciser.

Suites éloignées (37 ans) d'une intervention pour rupture traumatique de l'urètre postérieur. — MM. Rouvillois et Fey rapportent cette intéressante observation où le rétrécissement non traité pendant 36 ans put être dilaté avec un assez bon résultat. Les auteurs discutent les différences qui opposent le rétrécissement de l'urètre postérieur et celui de l'urètre antérieur.

M. J. Quénu cite deux observations suivies l'une pendant 17 ans et l'autre pendant 6 ans.

Mandrins dilatateurs à étages. — M. Raoul Palmer présente cet instrument.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 février 1941

Péricardite chronique constrictive à forme calcifiante. — MM. Lœper, G. Ledoux-Lebard et P. Breton. — Malade de 27 ans, atteinte de cette affection dont le début remonte à l'âge de 14 ans. Un certain nombre de crises avec dyspnée d'effort, troubles digestifs et douleurs de l'hypocondre droit ont abouti à un état presque chronique avec hépatomégalie sans ascite ni œdèmes des membres inférieurs. Il existait un dédoublement du second bruit avec un frottement péricardique, et un pouls paradoxal. Les électrocardiogrammes montrèrent un bas voltage avec inversion de T.

Les radios mettaient en évidence la calcification, véritable cuirasse cardiaque entourant le cœur mais limitée à la pointe. Les battements cardiaques étaient diminués surtout à droite, mais avec conservation de la mobilité du cœur et du diaphragme. Il s'agissait d'une véritable adiastolie avec stase et la pression veineuse était augmentée.

L'absence d'antécédents et de renseignements utiles n'a pas permis d'assigner au processus une étiologie précise. La seule thérapeutique à opposer à cette péricardite calcifiée est chirurgicale.

La vibrance péricardique iso-diastolique, signe stéthacoustique de la calcification du péricarde. — M. C. Lian. — De nouvelles observations confirment la valeur pratique du signe décrit par Lian avec Marchal et Pautrat sous l'appellation de vibrance péricardique protodiastolique. C. Lian pense que l'appellation de vibrance péricardique isodiastolique est à préférer. La vibrance péricardique se produit à la fin de la période initiale diastolique isovolumétrique, avant le soulèvement protodiastolique correspondant au galop protodiastolique et au troisième bruit du cœur. Elle est postérieure au dédoublement sigmoïdien du deuxième bruit et synchrone au claquement d'ouverture de la mitrale.

La vibrance péricardique isodiastolique impose le diagnostic vers la calcification du péricarde. Le détail capital est l'intensité de la vibrance péricardique, à laquelle s'ajoutent les particularités suivantes : apparition après le deuxième bruit, zone d'intensité maxima dans la région apexo-xiphoïdienne, grande étendue de perception atteignant le creux sus-sternal et la région sus-claviculaire. Pour que la vibrance péricardique prenne toute sa valeur, il faut pouvoir écarter l'existence d'un rétrécissement mitral.

Neurinome thoracique opéré. — MM. Bariéty, O. Monod, A. Hanaut et Lefebvre. — Observation d'un garçon de 14 ans 1/2 chez qui l'on découvrit une volumineuse tumeur siégeant sur le flanc droit des 4e, 5e, 6e vertèbres dorsales. Les symptômes se bornaient à une légère dyspnée et à une douleur intermittente. L'intervention permit d'extirper une tumeur de 230 grammes rattachée à l'extrémité postérieure des 4e et 5e espaces par deux pédicules nerveux. La guérison fut obtenue en 12 jours. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un neurinome typique.

Un cas de calcification du péricarde. — MM. Laederich, Thiery, Duret. — Observation d'un homme de 44 ans porteur de calcifications péricardiques que l'examen clinique put soupçonner grâce à l'existence du signe décrit par M. Lian sous le nom de vibrance péricardique protodiastolique et que les radiographies montrèrent nettement.

Les auteurs insistent sur l'importance clinique de l'hypertension veineuse qui atteignait le chiffre de 33 centimètres cubes d'eau à la veine céphalique. Ils soulèvent le problème étiologique de ces calcifications du péricarde apparaissant en dehors de toute affection antérieure.

Présentation. — M. Sézary présente une malade atteinte de *maladie de Besnier Boeck Schaumann.*

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 8 février 1941

Les acides gras et les lipides des voies biliaires à l'état normal et chez les sujets sans ictère. — MM. Et. Chabrol, R. Chardonnat et J. Blanchard ont poursuivi cette étude sur la bile duodénale, la bile vésiculaire et la bile fistulisée au lendemain de la cholécystostomie.

A l'état normal, pour qui étudie comparativement le sang et la bile, les acides gras se présentent dans le rapport de 1 à 4, les lipides totaux et le cholestérol dans celui de 4 à 1.

Il ne semble pas que la vésicule biliaire exerce vis-à-vis des acides gras le pouvoir de concentration fort remarquable dont elle dispose vis-à-vis des sels biliaires et des pigments.

Quant à la bile fistulisée, elle tend à se dépouiller de ses lipides, dans les premiers jours de la cholécystostomie, en raison du jeûne alimentaire et aussi par suite de la rupture du cycle entéro-hépatique.

A propos des voies de dissémination du virus vaccinal d'origine bovine ou de culture allantoïdienne. — MM. P. Gastinel et R. Fasquelle ont constaté que l'allantoïdo-virus vaccinal, comme le virus bovin, est susceptible de diffuser dans l'organisme et de provoquer des lésions de vaccine généralisée, mais n'a pas d'affinité pour le tissu ganglionnaire. La disparition et la non-végétabilité du virus-vaccin dans les tissus lymphatiques relève sans doute d'un processus général de défense de l'appareil lymphoïde ou d'un facteur neutralisant spécifique local.

Action propre de l'aneurine sur l'excitabilité des centres nerveux chez l'animal en dehors de toute carence. — M. Paul Chauchard montre que l'aneurine possède une activité pharmacologique propre qui se manifeste sur l'animal normal non carencé : à faibles doses, c'est comme la strychnine, un excitant des centres nerveux ; à fortes doses, c'est un dépresseur. Elle peut donc exercer des effets thérapeutiques en dehors de toute avitaminose ; son efficacité dans la polynévrite alcoolique peut tenir à ce qu'elle diminue les chronaxies nerveuses, comme le fait la strychnine (également utilisée dans ce cas), sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une carence en vitamine.

Les variations d'excitabilité nerveuse chez le rat carence en aneurine (avitaminose B). — M. Paul Chauchard et Mme H. Mazoué faisant l'étude chronaximétrique de la polynévrite avitaminosique du rat, montrent que les troubles nerveux y sont d'origine centrale. Dans un premier stade, il y a dépression ; dans un second stade, hyperexcitation des centres.

Etude expérimentale de la technique de vaccination antituberculeuse par le B. C. G. au moyen de scarifications cutanées. — MM. L. Nègre et J. Bretey avaient pu, en multipliant le nombre des scarifications, augmenter la proportion des animaux qui réagissent ensuite positivement à la tuberculine. Ils ont obtenu le même résultat en augmentant la concentration de la suspension de B. C. G., ou en favorisant sa pénétration au moyen d'un pansement occlusif non absorbant. Chez l'enfant, pour lequel on est obligé de limiter le nombre des scarifications, ces deux procédés pourraient trouver une application pratique.

Pleurésie séro-fibrineuse consécutive à l'inoculation intrapéritonéale de bacilles tuberculeux ou saprophytes acido-résistants morts, enrobés dans l'huile de vaseline. — M. A. Saenz, en inoculant à des cobayes par voie péritonéale des bacilles tuberculeux morts enrobés dans de l'huile de vaseline, a observé l'apparition d'une pleurésie bilatérale massive, emportant l'animal en 10 à 15 jours, et cela quelle que soit la variété de bacilles tuberculeux employée, quelquefois même avec des bacilles para-tuberculeux. Rapproché de la pleurésie bilatérale mortelle du cobaye après inoculation intrapéritonéale de bacilles bovins dysgoniques *vivants*, ce phénomène montre, une fois de plus, la grande parenté d'action existant entre les bacilles tuberculeux vivants et les bacilles tuberculeux morts enrobés dans l'huile de vaseline.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 18 février 1941

La spasmophilie dans les premiers mois de la vie. — MM. Lesné et Turpin rappellent les principaux caractères de la maladie, son intérêt au point de vue diagnostic et pronostic et insistent sur quelques travaux récents qui permettent de la mieux comprendre.

Gelure des pieds et des mains chez les enfants. — MM. Sorrel et Compugnen ont observé, cet hiver, 8 cas de gelures graves chez des enfants insufisamment nourris et vivant dans des locaux non chauffés. Quatre d'entre eux laissent à leur suite des sequelles définitives. Ils insistent sur la gravité des problèmes soulevés par ces cas.

A propos de la suppression des services contagieux dans les hôpitaux d'enfants. — MM. Cathala et Paisseau développent tous les arguments qui s'opposent à la réalisation de ce projet administratif. Il en résulterait des conséquences graves pour la santé des petits malades qui seraient soumis, d'autre part, à un régime incorrect du fait de leur hospitalisation dans un service d'adultes. Aucun avantage réel pour la santé publique ne saurait être procuré par cette mesure.

La Société s'associe unanimement à l'avis des rapporteurs.

Glycosurie congénitale et héréditaire. — MM. Coffin et Thoyer-Rozat présentent un enfant de 10 ans atteint de diabète gras de pronostic incertain. Son développement a été normal bien qu'il n'ait reçu aucune injection d'insuline.

Prolapsus de la muqueuse urétrale. — M. Louineau rapporte l'observation d'une fillette chez laquelle il a constaté, à la suite d'une chute sur une rampe d'escalier, l'existence d'une tuméfaction dure centrée par l'urètre. Il a obtenu la guérison après résection de la tumeur par électro-coagulation.

M. Fèvre rapporte à propos de trois observations personnelles les caractères cliniques de cette affection, discute les divers diagnostics possibles et fait un rappel des données anatomiques et pathogéniques. Il s'élève contre le traitement par électro-coagulation pour conseiller l'intervention chirurgicale seule susceptible d'éviter les rétrécissements ultérieurs du méat.

Encéphalomyélite varicelleuse. — M. Lesné, Mlles Renget et du Pasquier rapportent l'histoire d'une enfant de 3 ans qui fut atteinte au 8e jour d'une varicelle bénigne, de troubles de la phonation et de la déglutition, puis d'incontinence sphinctérienne et enfin de paralysie des membres inférieurs. Revue quelques mois plus tard, cette enfant était guérie sans aucune séquelle.

Troubles ostéo-articulaires et oculaires. — M. Heuyer présente un enfant de 6 ans chez lequel existent des troubles ostéo-articulaires atypiques et graves, consécutifs à des arthrites avec épanchement, apparues, il y a deux ans, au décours d'une coqueluche. Cet enfant présente de plus, depuis quelques mois, une cataracte avec nystagmus.

Un cas de kala-azar infantile avec lésions cutanées. — MM. Boudet, Broca et Balmès rapportent ce cas remarquable par l'existence de lésions cutanées sensibles au traitement stilisé, moins rapidement efficace, par ailleurs, sur la splénomégalie et les troubles sanguins.

Polyradiculo-névrite curable avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien chez un enfant de 12 ans. — MM. Boudet, Broca, Balmès et Mlle Fabre présentent un cas typique de syndrome de Guillain-Barré ayant guéri sans aucun reliquat. Aucune étiologie n'a été trouvée.

Néphrite chronique hypertensive sans azotémie, à manifestations convulsives épileptiformes. — M. Chaptal rapporte l'histoire d'une enfant qui mourut à la suite d'une néphrite dont voici l'évolution : début à l'âge de 3 ans par une scarlatine avec albuminurie intermittente ; à 7 ans, albuminurie constante, céphalée, vomissements, amaigrissement notable ; à 8 ans, crises convulsives et hypertension artérielle à 25-16. Il n'y a aucun signe rénal. L'enfant meurt à 9 ans au cours d'une crise de convulsion.

Méningite puriforme aseptique au cours d'un coryza aigu. — MM. Chaptal et Bonnel ont observé chez une fillette malingre de 7 ans, au cours d'un coryza aigu, une réaction méningée nette avec liquide puriforme aseptique contenant plus de 1.000 éléments au millimètre cube. La guérison survint très rapidement.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 22 février 1941

Traitement des prolapsus du rectum par la méthode sclérosante. — M. R. Tournay. — Le traitement du prolapsus de la muqueuse rectale hémorroïdaire, par les injections sclérosantes est actuellement connu, admis par tous les médecins et considéré par eux comme la thérapeutique la plus simple et la plus efficace.

On connaît beauoup moins les résultats obtenus par la méthode sclérosante dans le prolapsus total du rectum. Or, cette méthode, simple ambulatoire et qui ne nécessite ni anesthésie, ni arrêt de la vie habituelle donne souvent des résultats excellents, qui peuvent être définitifs, mais qu'il faut parfois consolider par de nouvelles injections pratiquées de temps à autre.

La méthode sclérosante peut, d'ailleurs, être combinée avec la diathermo-coagulation.

Pour les gros prolapsus totaux, la chirurgie ou mieux l'association injections sclérosantes-chirurgie reprend ses droits.

Les opérations tendineuses dans le traitement des paralysies de la main par blessure nerveuse. — M. Marc Iselin. — L'expérience de la guerre 1914-1918 a bien montré combien le résultat des sutures et greffes nerveuses est aléatoire ; plus de la moitié des opérés restent paralysés malgré les interventions les plus habiles faites par les meilleures mains. Il est vraisemblable que ces résultats seront valables pour la guerre actuelle. C'est pourquoi l'auteur considère l'intervention chirugicale sur les tendons (ténodèse et tansplantation) comme aussi importante que la réparation du tronc nerveux sectionné ; les deux doivent être jumelés.

L'indication opératoire doit être précoce, sitôt l'interruption nerveuse reconnue et vérifiée, afin d'intervenir avant l'installation de raideurs articulaires, de rétraction cutanée et ligamentaire, d'atrophie musculaire des antagonistes qui déterminent rapidement l'attitude vicieuse invétérée.

La technique opératoire appliquée par l'auteur sur les blessés du Val-de-Grâce a ceci d'original qu'elle combine la ténodèse et la transplantation tendineuse. La ténodèse fixe la main ou les doigts en position de correction et soulage les muscles transplantés de la charge de maintenir cette attitude, les muscles transplantés sur les tendons paralysés les actionnent uniquement au moment de l'effort, par conséquent dans de meilleures conditions physiologiques que par les techniques classiques. Les résultats déjà obtenus depuis le retour de la guerre sont excellents et promettent un très grand avenir à cette méthode nouvelle.

Le sérum de porc sulfamidé dans les entérocolites de la première enfance. — M. Marcel Joly eut à traiter, en province, au cours de l'été 1940, une épidémie d'entérocolite de l'enfance. Les médicaments faisant défaut, il eut l'idée, s'inspirant des travaux de Bec, de récolter du sérum de porc frais, et de le sulfamider. L'ingestion de ce sérum donna d'excellents résultats.

Infection puerpérale et sérum sulfamidé. — M. Le Lorier. — Un cas d'infection puerpérale *post abortum* d'allure sévère, traité avec succès par des injections intraveineuses de sérum artificiel sulfamidé.

LIVRES NOUVEAUX

Essais sur la profession médicale et sur quelques règles qu'elle impose, par H. Grenet, médecin de l'hôpital Bretonneau. Un vol. in-8° carré de 160 pages. Prix : 20 francs. Vigot frères, éditeurs, Paris, 1939.

Lorsqu'il écrivit ce livre, au début de 1939, Henri Grenet prévoyait évidemment que la création d'un Ordre des Médecins s'imposerait un jour. A coup sûr, il n'envisageait pas l'éventualité de faire lui-même, un jour, partie du Conseil Supérieur de cet Ordre.

Je viens de relire ce livre. En deux ans il est loin d'avoir vieilli. Il répond, au contraire, d'une façon très précise aux préoccupations les plus urgentes de l'heure.

Après avoir tracé les règles précises qui donnent à la profession médicale un caractère si exceptionnellement élevé, l'auteur étudie les rapports des médecins entre eux et les rapports entre médecins et malades. Il accorde une place très importante à l'étude juridique et pratique du secret médical qu'il nous faut défendre plus que jamais.

La partie la plus attachante du livre est bien celle consacrée à l'exercice de la profession médicale. Ces pages de haute portée morale avaient, d'abord, été destinées à ses élèves. Les circonstances font qu'elles seront utiles à tous ses confrères. C'est ce qui a décidé l'auteur à les réunir en un volume. Pour rappeler les règles imposées par le sacerdoce médical, Henri Grenet n'avait pas à chercher bien loin ses exemples. N'appartient-il pas à une grande famille médicale qui a toujours respecté les plus nobles traditions de notre profession ? Ces traditions, faites de bonté, de charité et d'esprit de sacrifice lui ont toujours servi de règle. Nul, plus que lui, n'était qualifié pour écrire cet excellent livre dont nous ne saurions trop recommander la lecture.

F. L. S.

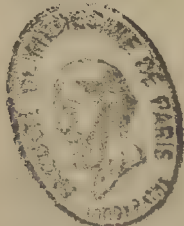
Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 23-24. — 19-22 MARS 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine d'Alger. — M. le Dr Ferrari, agrégé libre, est chargé d'un cours complémentaire d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de Médecine de Lyon. — Mlle Pallot, docteur en médecine, est chargée provisoirement d'enseignement de l'histologie, pendant le congé de M. Broussy.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. le Dr Fabre, agrégé, est provisoirement chargé d'enseignement à la chaire de clinique chirurgicale et du cancer.

Ministère de l'Intérieur. — NOMINATION DE MAIRES. — M. le Dr Gadaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, sénateur, est maintenu dans ses fonctions de maire de la ville de Périgueux.

M. le Dr Jaulin du Seutre est nommé maire de la ville de Bergerac.
(*J. O.*, 11 mars 1941.)

Secrétariat général de la Santé. — INSPECTION DE LA SANTÉ. — Par arrêté, en date du 5 mars 1941, M. le Dr Bapt, chargé à titre temporaire des fonctions de médecin inspecteur de la santé de la Haute-Vienne, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de l'Indre (intérêt du service), en remplacement de M. le Dr Meyer, non installé.

— M. le Dr Gwsind est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Haute-Loire.

— Mme le Dr Boucaumont est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Puy-de-Dôme.

— Mlle le Dr Le Baccon est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Morbihan.

— M. le Dr Gandar est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Ardèche.

— M. le Dr Rodallec est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de Loir-et-Cher.
(*J. O.*, 7 mars 1941.)

— M. le Dr Baissette, inspecteur départemental d'hygiène de l'Eure, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé des Alpes-Maritimes (raison de service), en remplacement de M. le Dr Lamy, appelé à d'autres fonctions.

— M. le Dr Gazet du Chatelier, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Aisne, est chargé, par intérim, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de l'Aisne, en remplacement de M. le Dr Foucaud, appelé à d'autres fonctions.

— M. le Dr Sautet est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé dans le département des Bouches-du-Rhône.

— M. le Dr Thurel est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Charente-Inférieure.

— M. le Dr Bataillon, médecin inspecteur adjoint de la santé, est affecté, à titre temporaire, dans le département de l'Indre.

— Est abrogé l'arrêté du 1er octobre 1940 mettant M. le Dr Lesbroussard, inspecteur départemental d'hygiène du département du Calvados, en disponibilité d'office, par mesure disciplinaire, à compter du 1er octobre 1940.

M. le Dr Lesbroussart est placé dans la position prévue par l'article premier de la loi du 17 juillet 1940.
(*J. O.* du 8 mars 1941.)

— M. le Dr Castaigne est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de Lot-et-Garonne.

— M. le Dr Deschamps, directeur du bureau municipal d'hygiène du Havre (Seine-Inférieure), est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé d'Eure-et-Loir (raison de service), en remplacemnt de M. le Dr Viette, appelé à d'autres fonctions.

— M. le Dr Landret, inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Calvados, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé des Côtes-du-Nord, en remplacement de M. le Dr Violette, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. le Dr Lassus, inspecteur départemental d'hygiène de la Savoie, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé du Jura (raison de service).

— M. le Dr Moncenix, directeur du bureau municipal d'hygiène de Grenoble (Isère), est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de la Savoie, en remplacement de M. le Dr Lassus, appelé à d'autres fonctions.

— M. le Dr Vernhes, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Hérault, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé de Vaucluse.

(*J. O.*, 9 mars 1941.)

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Doremieux, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques, en 1939, est nommé, à titre temporaire, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord). (*J. O.*, 9 mars 1941.)

Guerre. — (Réserve). — Les officiers du service de santé ci-après désignés sont nommés, avec leur grade, officiers de réserve, à compter du jour de leur radiation des contrôles de l'armée active : M. Benazet (Léonard, Emile, Joseph), médecin colonel ; M. Raynaud (Félicien, Louis), pharmacien, lieutenant-colonel. (*J. O.*, 8 mars 1941.)

Légion d'honneur. — Guerre. — *Chevaliers :* M. le Dr Lapine (Eugène), médecin lieutenant du groupe sanitaire divisionnaire no 28 (Croix de guerre avec palme) ; M. le Dr Pech (Et.-J.-P.), médecin lieutenant au 54e régiment d'infanterie de forteresse (Croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 10 mars 1941.)

Citation à l'ordre de l'armée aérienne. — Le Dr Christian Paul, médecin lieutenant à la compagnie de l'air 87-107.

(*J. O.*, 8 mars 1941.)

Rappelons que notre regretté collègue, ancien interne des hôpitaux de Paris (1930), est tombé au Champ d'honneur, le 30 mai 1940, près de Dunkerque.

Médaille d'honneur des épidémies. — Par arrêté, en date du 25 février 1941, la médaille d'argent des épidémies a été décernée à M. Sacquépée (Jean), interne en pharmacie à l'hôpital Trousseau, pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions. (*J. O.*, 7 mars 1941.)

Société des Chirurgiens de Paris. — Le bureau pour 1941 est ainsi composé : Président, M. Dufourmentel ; Vice-Président, M. Séjournet ; Secrétaire Général, M. Luquet ; Secrétaire Général adjoint, M. Armingeat ; Trésorier, M. Burty ; Trésorier adjoint, M. Laurent ; Archiviste, M. Monsaingeon. Conseil d'administration : MM. Barbet, Lamy, Lanos et Roederer. Conseil de famille : MM. Bonamy, Brodier et Lavenant.

Hôpital psychiatrique de Blois. — Un poste d'interne en médecine sera incessamment vacant dans cet établissement. Pour renseignements et constitution du dossier, s'adresser à M. le Médecin-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique, 34, avenue Maunoury, à Blois.

Fondation d'Heucqueville. — Le Conseil d'administration de la Fondation d'Heucqueville, s'est réuni au siège social de l'Œuvre, 81-85, boulevard Montmorency, à Paris. Le Dr d'Heucqueville a exprimé ses félicitations aux professeurs Barthélemy, nommé ministre de la Justice, et Sergent, élu président de l'Académie de Médecine, administrateur de l'Œuvre. La Fondation, comme le montre le rapport annuel, collabore activement au sauvetage de la race et de la famille française. Elle diminue aussi les avortements : nombre de femmes y renoncent, dans l'espoir d'une adoption honorable pour l'enfant né de leur faute. Dans l'hécatombe d'enfants de 1940, la mortalité est restée inférieure à 1 % dans les services de l'Œuvre.

Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front. — *Communiqué (1er mars 1941).* — « Les représentants de la Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front, ont pris l'initiative de demander audience à M. le Secrétaire Général à la Santé.

Ils ont été reçus par lui le 20 février.

Toutes assurances leur ont été données concernant, d'une part, l'application stricte et rapide de la loi du 16 août 1940 sur les médecins étrangers, d'autre part, concernant l'établissement d'un *numerus clausus.*

Enfin, concernant la création de nouveaux cabinets médicaux, l'abrogation du décret du 20 mai 1940 est envisagée, et, d'ores et déjà, toutes facilités sont accordées aux jeunes médecins libérés pour leur installation.

Les représentants de la Fédération ont été également reçus le 27 février, par les membres parisiens du Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins.

Consécutivement à cette audience, les représentants de la Fédération se sont permis de faire parvenir à M. le Vice-Président du Conseil Supérieur de l'Ordre, des suggestions relatives à l'examen des dérogations pour les médecins étrangers, à la lenteur de cet examen et, enfin, aux conditions de l'établissement du *numerus clausus.* »

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — Conférences de chimie (*l'examen de chimie de 1re année (nouveau régime) portera sur les matières enseignées à ce cours*). — M. le Professeur Sannié commencera une série de leçons de chimie physiologique, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 18 heures (amphithéâtre Vulpian), à partir du mardi 18 mars 1941, inclusivement.

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres (Prof. M. Jean Troisier). — M. M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux et M. G. Brouet, agrégé, feront, durant les mois de janvier, février, mars 1941, dix leçons sur : *Quelques problèmes fréquents dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.* Ces cours auront lieu le *dimanche matin, à 10 heures 30*, salle des cours de la Clinique de la Tuberculose.

Dixième leçon : *Dimanche 30 mars.* M. Bariéty : *Le pronostic de la tuberculose ulcérée.*

Nécrologie

On apprend la mort du marquis de Lillers, membre de l'Institut, ancien président de la Société de Secours aux blessés militaires et président du Conseil de la Croix Rouge française dissout en février dernier.

— Du Dr P.-L. Barthe, ancien professeur de toxicologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.




JÉCOL


PRIMUM NON NOCERE

GASTRO-HÉPATITE NÉCROTIQUE ULCÉREUSE ET HÉMORRAGIQUE

Par MM. M. Loeper, A. Varay et P. Chassagne

Nous avons récemment observé à la Clinique Médicale de l'Hôpital Saint-Antoine, un cas remarquable d'hématémèses répétées et mortelles consécutives à une affection nécrotique, ulcéreuse, récidivante de l'estomac et du foie.

Ce malade, âgé de 51 ans, entre à la clinique pour la première fois, le 5 août 1940. La nuit précédente, il a présenté une hématémèse très abondante. Il vomit encore du sang, à son entrée dans le service. Il est pâle et profondément asthénié. L'interrogatoire révèle que cet accident est un des éléments d'une longue histoire de vomissements sanglants dont le premier remonte au 1er octobre 1927. A cette date, ce malade qui, jusque-là, n'avait présenté rien de particulier, a vomi, pour la première fois, une quantité importante de sang rouge, hématémèse pour laquelle il fut transporté à l'hôpital Boucicaut dans le service du Dr Dujarier. Bien que la radiographie fut négative, on l'opéra. Bien que l'opération ne révélât pas non plus d'ulcus évident, on fit une gastro-entérostomie.

D'ailleurs, malgré cette intervention, les hémorragies reprirent quelques mois plus tard et depuis cette date jusqu'à son entrée dans le service, c'est-à-dire pendant 13 ans, des hématémèses plus ou moins abondantes se succèdent tous les dix-huit mois ou deux ans, provoquant une pâleur marquée et une asthénie permanente.

I. — A l'examen, le 5 août 1940, on est en présence d'un malade très pâle, asthénié mais non amaigri. Le ventre est souple sans points douloureux. Le foie est un peu gros, la rate est normale. Pas de douleurs d'estomac, ni passées, ni présentes.

L'examen du système nerveux montre une abolition des réflexes achilléens, une diminution très marquée des réflexes rotuliens. L'examen oculaire révèle le signe d'Argyll-Robertson. L'interrogatoire du malade apprend alors un antécédent de spécificité pour lequel il a subi plusieurs séries de traitements arsenicaux ou bismuthés, mais qui sont très lointains. Actuellement, la réaction de B. W. est entièrement négative.

La tension artérielle est à 12-7.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni cylindres.

Une légère température à 38° se maintient deux jours avec une oligurie de 900 cm³.

On prescrit une transfusion de 100 grammes, de l'hémostyl, de l'adrénaline (xxx gouttes).

Le lendemain l'hématémèse reprend moins abondante. Après deux transfusions nouvelles, le 9 août, l'hématémèse est terminée.

L'urée sanguine s'élève à *0,94* et la température qui avait atteint 38°5 redescend à 37°, en même temps que se déclenche une *crise polyurique* qui dépasse 3 litres 500, le 20 août. Le taux de l'urée sanguine est alors de *0,27*. Une épreuve de galactosurie provoquée se révèle entièrement normale.

La numération globulaire ne paraissait pas attester si forte hémorragie :

	le 5 août	le 20 août
G. R.	4.160.000	3.160.000
G. B.	7.200	5.600
Poly.	80	76
Eosino.	2	8
Lympho.	10	9
Mono.	8	7
Plaquettes	286.000	
Hémoglobine	75 à 80 %	

Temps de saignement, de coagulation normaux.

Un examen radiologique fut pratiqué le 22 août 1940 qui montra le parfait fonctionnement de la bouche et aucune lésion des parois.

On conseille au malade quelques séances de diathermie jointes à des injections de mésothorium B. Le malade part du service le 3 septembre en très bon état ; il a repris un kilogramme. Son appétit est excellent.

II. — Un mois *se passe sans incident*, quand le 2 octobre, le malade est pris au réveil d'un nouveau vomissement de sang, survenu brusquement, sans douleur, hématémèse très abondante avec syncope. On le transporte aussitôt dans le service.

La numération globulaire donne : G. R. : 3.120.000 et hémoglobine : 75.

Pourtant l'état général est alarmant, la *pâleur extrême*, l'adynamie totale, la tension artérielle à 8-6.

On pratique une transfusion de 300 cm³.

L'hématémèse se *répète* l'après-midi où l'on pratique une perfusion lente de 500 cm³ de sang frais citraté en goutte à goutte (durée 3 heures).

La perfusion est répétée le 3 octobre. L'état général semble s'améliorer. L'hématémèse persiste moins abondante. Elle reprend le 4 octobre. Le 5 octobre, après nouvelle transfusion, le malade est beaucoup mieux, l'hématémèse a cessé, on note un melaena abondant, des selles noirâtres liquides. Le *6 octobre* l'hématémèse est terminée. L'urée est à 1 gr. 94. La T. A. est remontée à 10-6. La numération est sans changement notable :

Les hématies sont toujours assez élevées : 3.060.000.

Les leucocytes atteignent : 12.400.

Hémoglobine : 75.

Devant l'amélioration de l'état général on discute une nouvelle intervention chirurgicale que le malade refuse. On décide alors de temporiser.

L'état est stationnaire jusqu'au 10 octobre. Mais, le 8, un dosage de l'urée du sang montre un chiffre de 2 gr. 40.

Le 10 octobre, le malade est pris dans la matinée d'une syncope et présente un *melaena très abondant*, bientôt suivi de vomissements noirs, puis rouges. La pression s'effondre à 7-3. La numération témoigne enfin d'une anémie marquée, où perce encore une leucocytose évidente, mais sans éosinophilie.

	le 10 octobre	le 12 octobre
G. R.	2.480.000	1.560.000
G. B.	11.600	23.000
Poly.	79	85
Lympho.	14	13
Mono.	7	2
Hémoglobine	70	55

Fait curieux, l'*urée du sang s'élève à 7 gr. 20* ; la tyramine atteint 12 milligr. 0/00 et la mort survient le 13 octobre sans que l'hématémèse se soit apaisée.

L'autopsie, pratiquée 26 heures après la mort a donné les résultats suivants :

L'abdomen est météorisé sans ascite.

L'estomac est rempli de sang : un énorme caillot moule la face interne. Aucune lésion au niveau du pylore ou de la bouche de gastro-entérostomie. Par contre, sur la face antérieure au voisinage de la grande courbure, à la moitié inférieure de celle-ci, on note 11 petites ulcérations de la taille d'une lentille ou d'un grain de mil ou d'une pièce de dix sous, à bords nets, à pic, à fond grisâtre, d'aspect térébrant, nécrotique.

Ces lésions ne sont pas retrouvées sur le reste du tractus digestif : l'œsophage est normal, l'intestin grêle et le gros intestin présentent un contenu hémorragique, une muqueuse normale.

Le foie est gros et pèse 1.780 grammes. A la coupe, il a les allures d'un foie cardiaque, quoique un peu sanglant et parsemé de taches chamois. Il n'est nullement fibreux.

Les autres organes paraissent sains.

La rate pèse 80 grammes.

Les reins 170 grammes, sont normaux.

Les glandes surrénales et la thyroïde ne semblent pas malades.

a) *Estomac.* — Les ulcérations, au nombre de onze, étaient localisées au fundus près de la grande courbure à la face postérieure, de forme arrondie ou légèrement ovalaire, de la dimension d'une lentille ou d'une pièce de dix sous, le bord bien visible, non décollé, taillé à l'emporte-pièce, le fond lisse mais rouge vineux comme une escarre.

Au voisinage, la muqueuse paraissait saine. La section de la paroi gastrique ne montrait pas de vascularisation excessive et les vaisseaux ne semblaient pas oblitérés.

Le microscope affirme le caractère non inflammatoire et purement *nécrotique* de la lésion. La surface de la muqueuse est nettement excoriée et déprimée ; les limites de l'ulcération sont à pic et les bords non décollés. La muqueuse qui constitue le fond est à peine reconnaissable, la forme générale des glandes est conservée mais la trame conjonctive est floue, les cellules et les noyaux sont incolorables et d'une teinte grise uniforme. A la périphérie, la muqueuse reprend son aspect normal subitement, sans transition ; elle montre un peu d'œdème, mais peu de congestion. Fait remarquable, en aucun point n'existe de réaction lymphatique appréciable.

Les capillaires sous-glandulaires sont pleins de sang, les vaisseaux de la sous-muqueuse sont un peu dilatés. Il ne semble pas qu'il y ait oblitération ou artérite.

b) *Foie.* — Ce même caractère nécrotique des lésions de l'estomac va apparaître dans les lésions du foie. Le foie était un peu gros et semblait congestionné, tout comme un foie cardiaque. En fait, il s'agissait de *nécrose hémorragique* centro-lobulaire. Déjà, à faible grossissement, le centre du lobule apparaît très différent de la périphérie. A un grossissement plus fort, ce centre apparaît déchiqueté ; les trabécules sont rompues, les cellules perdues au milieu des hématies. Et ces cellules sont, comme celles

de l'estomac, mal colorables, inégales ; souvent même, elles ont disparu. Dans la zone intermédiaire un peu de graisse, quelques rares leucocytes. Aucune réaction des cellules de Küpfer, du réticulum, aucune des espaces portes. Et pas l'ombre de cirrhose actuelle ou antérieure.

Le processus nécrotique et hémorragique atteint donc le foie et l'estomac et, semble-t-il, aucun autre organe.

***

Cette observation est remarquable à plusieurs points de vue.

Les hémorragies gastriques ont été particulièrement abondantes et répétées puisqu'elles se renouvellent depuis 13 ans. L'hypoglobulie qu'elles ont provoquée fut lente et assez tardive, véritable anémie séreuse où intervient certainement un processus immédiat et assez durable de concentration ou d'épaississement du sang. L'examen sanguin ne décela aucune modification de formule qu'une éosinophilie fugace à 8 %.

La courbe urinaire est également intéressante car elle montre une oligurie suivie d'une polyurie secondaire. L'oligurie correspondait à un décalage de la courbe de température et fut remplacée au bout de quelques jours par une véritable crise urinaire. Ainsi peut-il en être quand l'hémorragie gastrique dépend de phénomènes inflammatoires dont on pouvait supposer l'existence au niveau de la bouche de gastro-entérostomie. Cette crise urinaire ne s'est pas reproduite aux hématémèses ultérieures.

Les résultats donnés par les dosages successifs de l'urée du sang sont vraiment impressionnants, car l'azotémie dépassa à la fin de la vie les chiffres jusqu'ici connus. Elle fut déjà de 0,94 lors du premier séjour, mais lors des accidents ultérieurs elle atteignit 1,94, 2 gr. 40, puis 7 gr. 20. Elle a certainement un rapport avec les accidents hémorragiques, car, entre les deux séjours du malade, elle est redevenue normale. On connaît la fréquence de cet accident après les hémorragies, plus grande après les hémorragies internes qu'externes et plus grande après les hémorragies digestives surtout si elles se prolongent ou se répètent qu'après les hémorragies péritonéales.

L'origine en apparaît assez discutable. L'hypothèse la plus habituellement soutenue la rapporte à la résorption intestinale du sang digéré. Mais tous les faits expérimentaux n'affirment pas cette opinion. De même l'excitation de la fonction uréogénique du foie apparaît comme peu vraisemblable, au moins dans le cas présent où les lésions hépatiques constatées ultérieurement furent si importantes. L'origine rénale est possible non pas une lésion organique puisque l'examen histologique du rein ne montre aucune altération notable, mais une sorte d'inhibition rénale sans doute liée à l'ischémie de l'organe et à la stase veineuse qu'il présente.

Les lésions nécropsiques elles-mêmes méritent une longue étude. Elles sont vraiment suggestives.

Les observations analogues ne sont pas nombreuses, du moins celles où ne peut être sûrement incriminé un phénomène toxique ni une infection déterminée, celles en un mot qui semblent autonomes. Nous n'en citerons que deux, celle de Caussade qui signale le cas d'un homme de 27 ans qui, après plusieurs hématémèses sans autres signes gastriques, fit une hémorragie particulièrement tenace dont il mourut et chez qui l'examen anatomique montra une large ecchymose de la face externe de la grosse tuberosité et, à l'intérieur de l'estomac, une exulcération de six centimètres à fond grisâtre, trois taches ecchymotiques, deux érosions cupuliformes avec au fond une petite artère rompue.

Et celle de Baker rapportée dans la thèse de Demole et où l'autopsie révèle des ulcérations nombreuses sur la petite courbure et le fundus.

Certes il en existe d'autres mais moins démonstratives.

Il ne faut pas confondre ces lésions avec celles des gastrites simplement hémorragiques publiées encore récemment par L. Bazy, Blondin et P. Chêne et par Pierre Duval. La gastrite de l'antre s'accompagne, certes, de petites érosions superficielles, d'une distension vasculaire ou d'une gastrite mamelonnée avec taches sanguines et grosse hémorragies. Mais ni l'une ni l'autre ne montre de véritables ulcérations ni cet aspect taillé à l'emporte-pièce, ni ce fond nécrotique.

La pathogénie de pareils accidents est vraisemblablement complexe. A leur origine, on peut discuter l'infection, la carence, les troubles hormonaux ou l'intoxication.

a) L'infection. — Certes on connaît des lésions gastriques au cours des processus infectieux. Autrefois Cornil signalait au cours d'un purpura scarlatin des taches ecchymotiques sur la muqueuse gastrique. Gallard; chez un diabétique mort d'un phlegmon gangréneux trouvait une muqueuse gastrique avec cinq ou six plaques noirâtres ovalaires d'un centimètre au maximum, véritables escarres détachables reposant sur une ulcération. Colombo citait le cas d'un infarctus hémorragique de l'estomac au cours d'un phlegmon gangréneux avec trois ulcérations du pylore. Giraudeau, à la suite d'un accident septique, voyait apparaître un infarctus hémorragique avec hématémèses et érosions gastriques. De nombreux exemples ont été donnés au cours de la pneumonie (Griffon), de la diphtérie (Hébrard), du rhumatisme articulaire aigu avec endocardite (Nauwerk). Partout la part de l'infection est indiscutable. Il s'agit d'infarctus septique avec envahissement microbien et la lésion est inflammatoire.

Or, il n'y a rien de tel chez notre malade dont la température n'a pas dépassé 38° et qui n'a jamais présenté de symptômes d'une infection quelconque. Bien plus, la lésion que nous avons constatée n'est pas une lésion inflammatoire, mais une nécrose où les vaisseaux sont altérés sans figures microbiennes, où les parois des capillaires apparaissent noyées dans des foyers nécrotiques à bords francs, où il n'y a pas de diapédèse. L'escarre, d'abord superficielle, gagne ensuite les plans successifs jusqu'à la sous-muqueuse, qui a parfois un aspect hyalin ou légèrement œdémateux. Rien de tout cela ne peut faire penser à une origine infectieuse.

Un point particulier mérite pourtant qu'on s'y attache un instant. Ce malade était syphilitique et tabétique avec aréflexie rotulienne et signe d'Argyll-Robertson.

Or, les lésions ulcéreuses des tabétiques ont été très étudiées. Elles consistent tantôt en phénomènes de vasodilatation ou d'hémorragie (urticaire, purpura, épanchement articulaire séro-hématique, hématurie) et paraissent en rapport avec les troubles du système végétatif. Elles peuvent être des gastrites vraies avec infiltration diapédetique de la muqueuse (Rabut et Hudelo, Crouzon, etc.). Elles peuvent s'accompagner ou dépendre de lésions artérielles, de lésions gommeuses. Elles peuvent aussi représenter un ulcère véritable (Loeper et Lemaire). Peut-être le rôle de l'allergie syphilitique intervient-il dans l'apparition de la lésion gastrique en modifiant le terrain. Chez notre malade, la spécificité était ancienne, et avait été traitée. Le tabès était fixé. Le terrain particulier avait peut-être favorisé l'ulcération. Il ne nous semble pas qu'il en fut le facteur étiologique fondamental.

b) Carence. — Voyons maintenant le rôle possible de la carence. Certaines carences peuvent être à l'origine d'ulcérations gastriques. Déjà l'inanition peut être discutée. Son influence a été étudiée par Nattan Larrier sur des cobayes. Les femelles pleines meurent en huit jours ; on trouve, à l'examen de leur estomac, au niveau de la grande courbure, des érosions hémorragiques de la muqueuse de la taille d'une tête d'épingle à un grain de mil, les unes détergées, les autres recouvertes d'une partie escarrifiée noirâtre.

Parmi les carences vitaminées, c'est surtout la carence en vitamine C qui entraîne des accidents hémorragiques. Hanke, en 1937, a soumis des cobayes à un régime carencé en vitamine C et noté l'apparition d'ulcère gastrique dans 50 % des cas et même 100 % en hiver. Ils sont à localisation pylorique. L'auteur interprète ce fait comme une perte par la carence du rôle défensif de la muqueuse et fait jouer un rôle important au scorbut dans l'apparition de l'ulcère chez l'homme. En réalité, le scorbut donne surtout des lésions hémorragiques superficielles et non l'ulcé-

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ADOVERNE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Glucosides de l'Adonis Vernalis* Gouttes : 20 à 40 p. j. Gran. : 2 à 4. Supp. : 1 p. j.	Insuffisances cardio-rénales
BROMÉSÉRINE Laboratoires STELVIA (G. Blaque) 59, rue Boissière, Paris (16e)	*Première association* stable *et pratique des bromures de* Ca *et de* Na *et du salicylate d'ésérine* (2 dragées à *croquer* à chaque repas)	Tous les syndromes fonctionnels (troubles neuro-digestifs » neuro-cardiaques » neuro-glandulaires)
COLITIQUE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif anticolibacillaire* Adopté par les Hôpitaux et le Ministère des Colonies *Voie buccale* : Une ampoule le matin à jeun, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections à colibacilles Gastro-entérite, Pyélonéphrite, Cystite, Maladies infectieuses des organes génitaux féminins, Ictère, etc...
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
LAROSCORBINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Vitamine C synthétique cristallisée* Comp. : 2 à 4 p. j. Amp. 2 cm³ : 1 à 2 p. j. Amp. 5 cm³ : 1 p. j.	Toutes déficiences organiques
LUSOFORME Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Solution de formaldéhyde et de ricinoléates alcalins*	Gynécologie - Obstétrique Antisepsie - Désodorisation
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
LYXANTHINE ASTIER Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	Composé anti-arthritique *Iodo-propanol sulfonate de sodium* *Bitartrate de lysidine* *Gluconate de calcium* Granulé effervescent Une cuillerée à café le matin à jeun	Goutte, Gravelle, Rhumatismes Névralgies rhumatismales, Arthrites Cellulites
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide (Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies

ration nécrotique que nous avons trouvée. D'ailleurs inanition et carence vitaminée seraient chez notre malade, secondaires à la lésion et non antérieures à elle.

c) *Hormones.* — Il faut penser aussi au rôle des glandes internes. Les lésions endocriniennes ont été discutées.

La surrénalectomie a entraîné, dans les expériences de Friedmann, des hémorragies et même des ulcérations gastriques. Les syndromes surrénaux ont pu, chez l'homme, s'accompagner d'hématémèses.

Les troubles thyroïdiens ont été également mis en cause et des hématémèses ont été notées, au cours de la maladie de Basedow par Hernando ; la coexistence d'ulcus et de goître a été évaluée à 8 % des cas par Hoeller.

Le rôle de l'hypophyse semble encore plus important et prend un nouvel intérêt des recherches de Dodds. Cet auteur dans un article paru en 1937, a expérimenté l'extrait de lobe postérieur, c'est-à-dire les principes vasopresseurs et ocytociques. Il observe l'anorexie, puis la diarrhée sanglante et trouve à l'autopsie, à la douzième heure, une gastrite hémorragique dans la zone productrice d'acide (petite courbure et fundus). Les lésions sont habituellement passagères. Cependant Dodds a pu observer des ulcérations durables, même perforées. Ces lésions sont propres au lobe postérieur et l'extrait de lobe antérieur reste sans action. Mais l'hypophysectomie, d'autre part, qui devrait déterminer des effets inverses, pratiquée sur le chat porteur d'une fistule gastrique, diminue également la sécrétion et empêche la réaction histaminique. Il semble qu'il s'agisse d'une modification des capillaires gastriques que la sécrétion hypophysaire déficiente ne maintient plus en cet état de demi-contraction indispensable à leur fonctionnement. L'acide non sécrété reste dans la muqueuse et la corrode. Ces expériences sont, certes, suggestives, mais elles ne sont pas concordantes, elles sont même parfois contradictoires. Et nous ne saurions nous y rapporter sans réserve.

Reste donc une dernière hypothèse, la plus vraisemblable, celle d'une intoxication.

d) *Intoxication.* — Beaucoup de toxiques *exogènes* sont capables de déterminer des ulcérations gastriques : l'acide arsénieux, le mercure, le bismuth, l'acide pyrogallique, les alcaloïdes végétaux et, parmi eux, l'ergot de seigle, qui introduit par voie veineuse chez l'animal, est capable de déterminer sur la muqueuse gastrique des plaques hémorragiques et nécrotiques. Peut-on incriminer des toxiques *endogènes*, des bases aminées. L'ergot de seigle contient de la tyramine. Or, le sang de notre malade contenait 12 milligrammes de tyramine, ce qui est énorme. Cette tyraminémie n'est certes pas indifférente, mais elle apparaît ici secondaire plutôt à l'hémorragie qu'antérieure à elle.

Doit-on incriminer des *médicaments* chez cet homme qui s'est beaucoup soigné, qui a utilisé à l'occasion de ses nombreuses hématémèses des thérapeutiques très diverses, peut-on discuter le rôle joué par des phénomènes d'anaphylaxie ou *d'intolérance?* Tzanck a vu une injection d'anthéma chez un syphilitique entraîner du melaena, des douleurs gastriques, des vomissements de sang. Nous-mêmes avec Lenormant avons vu, chez un malade présentant des hématémèses, l'hémosérum sous-cutané et veineux faire reparaître, et plus abondants, les vomissements sanglants. Certes, notre malade a eu des transfusions répétées. Mais ces transfusions sont postérieures aux hémorragies. Si l'on peut leur attribuer un rôle c'est seulement de renouveler, d'accentuer les phénomènes, non de les provoquer. D'ailleurs aucun de ces toxiques ou de ces facteurs ne rend compte suffisamment de la *coexistence frappante des lésions gastriques et des lésions hépatiques.*

Le corps toxique existe, mais il nous est inconnu. N'aurait-il pas quelques relations avec ce cinchophène dont on nous a montré récemment l'influence à la fois hépatique et gastrique?

Nous rappellerons quelques points de similitude qui donnent à réfléchir.

Les premières recherches où fut étudiée l'action de l'atophan sur l'estomac sont dues à Bollmann, Starker et Mann en 1937. Plus récemment, nous avons celles de Chiray, Justin-Besançon et Debray. Les auteurs ont même suivi les lésions à la gastroscopie. Ils font absorber à des chiens 15 centigrammes par jour de cinchophène par voie buccale pendant 5 jours par semaine. Dès les premiers jours, l'estomac apparaît rouge, les plis sont épais, quatre fois sur sept on note déjà de petites érosions. Au cours de la deuxième semaine et au début de la troisième, le piqueté hémorragique s'accentue ; des érosions inégales punctiformes allant du fundus à l'antre apparaissent. L'autopsie au vingt-sixième jour montre la disparition de ces lésions étendues, mais la persistance d'un ulcus de l'antre dans cinq cas sur sept.

Ce qui est intéressant et complète l'analogie c'est que l'atophan peut aussi léser le foie. Chabrol a pu réunir, en 1931, 49 observations d'ictère cinchophénique dont 27 d'ictères graves. Scherwood, étudiant 48 observations, invoque soit la décomposition du cinchophène en nitrobenzènes toxiques, soit l'absence d'oxydation chez des sujets à déficience hépatique. Fiessinger et Albeaux-Fernet rapportent également une observation avec ictère, azotémie, éruption ortiée et mort consécutive à l'ingestion de quelques grammes d'atophan. L'examen histologique du foie montre une désintégration trabéculaire avec vacuolisation, noyaux mal colorables. De nombreuses autres observations ont été publiées. Dans beaucoup on note des douleurs gastriques et des vomissements. Souvent on a trouvé des varices œsophagiennes, des pétéchies sur le tractus digestif, des lésions hémorragiques du foie. Il est vrai qu'on trouve aussi presque toujours l'ictère.

Nous ne disons certes pas que le cinchophène est cause de ces accidents et tout prouve que notre malade n'en a pas absorbé. Mais nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher des lésions constatées par les auteurs précédents celles de gastro-hépatite hémorragique que nous avons nous-mêmes constatée. Les unes et les autres semblent avoir leur origine dans une intoxication voisine, par un corps analogue et d'action gastro-hépatique. Rien ne dit corps analogue et d'action nécrotique gastro-hépatique. Rien ne dit qu'il doive être ingéré et que, dans certaines conditions, l'organisme ne soit pas capable de le produire.

Quoi qu'il en soit, la coexistence chez un même sujet de lésions nécrotiques et hémorragiques apparemment exclusives du foie et de l'estomac nous paraît témoigner d'un corps *toxique électif à tropisme gastro-hépatique* et justifier notre dénomination d'attente : gastro-hépatite nécrotique et hémorragique, récidivante et mortelle.

Nous pensons que cette affection constitue un syndrome anatomo-clinique précis et distinct. Nous espérons que d'autres cas viendront qui en préciseront la nature et l'origine exactes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 19 mars 1941. — 1° Jury : MM. Gosset, Lœper, Binet, Lenègre. — M. Bertillon. Organisation d'une consultation de proctologie dans un centre anticancéreux. — M. Péron. Sept années de mesure du métabolisme basal. — M. Joublin. De la valeur pathologique du diverticule duodénal (à propos de trois cas inédits). — M. Perraudin. Contribution à l'étude du traitement des hémopathies benzoliques.

2° Jury : MM. Strohl, Clovis Vincent, Aubertin, Soulié. — M. Degand. Etude expérimentale de l'action des rayons infrarouges sur les lésions cutanées produites par les rayons X. — M. Fischer. De l'action des diurétiques mercuriels sur le diabète insipide. — M. Le Personnic. L'hyperthyroïdisme et les affections cardiaques.

Jeudi 20 mars 1941. — Jury : MM. Gougerot, Lenormant, Garcin, Boulin. — M. Basset. Les syphilides gangréneuses. — M. Compagnon. Fractures des épines tibiales.

THESE VETERINAIRE

Jeudi 20 mars 1941. — Jury : MM. Tanon, Simonnet, Henry. — M. Montassier. Les modalités dans la vérification des champignons et le rôle du vérificateur.

ACTUALITÉS

LES PHLEGMONS GANGRÉNEUX APRÈS INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES

Par M. R. Levent

Heureusement peu fréquents, puisque dans 94 % des cas ils aboutissent à la mort, les phlegmons gangréneux après injections médicamenteuses ne sont pourtant pas des curiosités cliniques ni même des nouveautés ; le premier cas publié remonte à 1882 (Brieger et Ehrlich) ; en 1938, Touraine en relevait dans la littérature 84 cas ; en 1940, une nouvelle observation était publiée par de Sèze.

Les symptômes sont ceux de tous les phlegmons gangréneux ; débutant dans les heures qui suivent une injection médicamenteuse et accompagnés d'une forte ascension thermique, ces phlegmons se manifestent par des douleurs d'intensité croissante, par un œdème livide rapidement extensif avec présence de gaz. Les signes généraux sont très vite alarmants. Qu'on intervienne ou non, la mort survient en quelques heures ou, au plus, quelques jours. L'opération ou l'autopsie montre un foyer de nécrose avec gaz putrides et décollements étendus. Les lésions à distance ne relèvent en général que d'une affection préexistante.

Chacun des cas a subi en son temps une critique serrée ; les causes possibles, d'abord nombreuses, ont peu à peu diminué de nombre à mesure que des cas nouveaux se présentaient. Certains facteurs, quoique pouvant parfois jouer un rôle, ont perdu de leur importance : stérilité de la solution injectée et du matériel employé ; encore que sur ce point la vigilance ne doive pas défaillir.

La quantité de solution injectée joue sans doute un rôle quoiqu'on ne puisse nettement démêler la nocivité respective des solutions concentrées en quantité minima ou des solutions étendues en quantité importante ; sans doute la nature du médicament injecté comporte-t-elle pour chacun une ligne de conduite particulière.

Plus important sans doute, comme l'ont noté Lemierre et Bonnard, Milian, Clerc et d'autres auteurs, est le pH de la solution ; l'acidité, en particulier avec l'adrénaline joue sans doute un rôle favorisant dans la genèse des accidents.

Beaucoup plus importante est la nature du médicament en cause. Les produits qui ont donné lieu à des accidents sont nombreux, l'étude de Mabin (1936) en fait foi. Parmi eux, la première place revient à l'*adrénaline* (32,5 %) ; tout près d'elle se range *la caféine* (21,7 %). L'importance des autres médicaments est bien moindre ; les plus notables, camphre, quinine et qui parfois sont pourtant anodins (sérum physiologique) représentent 6 à 8 % ; plus rarement encore on a pu rencontrer la digitale, la morphine et bien d'autres. Pour ces derniers, il semble raisonnable d'admettre que le terrain ou les circonstances ont eu plus d'action que la nature du médicament.

Il convient sans doute aussi, en clinique au moins, de ne pas séparer entièrement ces accidents de ceux qu'on a observés après injection d'un sérum antitoxique (antitétanique ou antidiphtérique) ; les différences symptomatiques relèvent, au moins en partie de l'emplacement plus ou moins profond de l'injection médicamenteuse. Le siège profond du foyer de nécrose rend sa manifestation moins précoce, retarde le diagnostic et le traitement et ne peut qu'aggraver le pronostic.

Non moins important que la nature du produit injecté est le terrain où se développent les accidents. Bien que dans tous les cas il s'agisse par définition, d'organimes malades, il est à noter que certains des sujets atteints étaient porteurs de dermatoses, d'eczéma en particulier ; que d'autres étaient en état de sensibilisation reconnue (asthme), sans doute faut-il aussi compter parfois avec une sensibilisation latente.

Parmi les caractères particuliers du terrain, il faut aussi compter l'état de bactériémie latente qu'ont pu déceler Lemierre et d'autres auteurs. Le perfringens, et d'autres anaérobies, font partie de la flore de l'intestin ou d'autres cavités naturelles. Chez certains sujets, la clinique ou l'autopsie montrent l'existence de lésions intestinales, tantôt anciennes, tantôt en activité ; Mabin a trouvé jusqu'à 40 % d'antécédents comportant des affections graves, surtout digestives, parfois urinaires ou génitales. On ne saurait non plus négliger systématiquement tout ce qui constitue une tare durable : paludisme, alcoolisme, etc...

Le traitement chirurgical et sérothérapique de ces phlegmons gangréneux, si précoce qu'il ait été, s'est montré jusqu'ici décevant. Le plus utile est donc la prophylaxie qui ne saurait pourtant comporter de renoncer à des médicaments ni à un mode d'administration qui ont fait leurs preuves. Par la critique des données étiologiques on s'est donc efforcé d'élucider la pathogénie des accidents pour en prévenir l'éclosion.

Avec des variantes, selon les cas, et abstraction faite d'une infection d'origine médicamenteuse ou instrumentale à laquelle il est aisé de parer, un certain nombre de facteurs pathogéniques semble s'associer.

L'effet local du médicament paraît dépendre en quelque mesure à la fois de l'acidité de la solution (pH2 pour l'adrénaline) et de sa concentration, mais il dépend surtout de l'action physiologique du médicament. Certains, et entre tous l'adrénaline, sont des vaso-constricteurs et ont une action locale analogue à celle du garrot dont l'action favorisante vis-à-vis de la gangrène gazeuse est bien connue. Le traumatisme dû à la présence du médicament et l'arrêt de circulation sont éminemment favorables à la nécrose locale ; il y a « stupeur tissulaire » selon l'expression de Jausion. L'adrénaline, en particulier a, de plus, une action spécifique : Milian et Mme Nourry ont observé qu'un ensemencement anaérobie pousse d'autant plus abondamment qu'on a ajouté de l'adrénaline au milieu. Renaud et Miget ont, de leur côté, observé l'action exaltante de l'adrénaline sur le perfringens.

La provenance du germe lorsqu'il ne provient pas de l'extérieur peut s'expliquer aisément par la bactérémie latente. Le revêtement de l'intestin ou de tout autre organe malade est aisément traversé par les microorganismes qu'il contient et parmi lesquels figurent les espèces anaérobies. Le traumatisme local et le trouble circulatoire favorisent à la fois localisation et développement d'un foyer local.

Moins évidente est la raison pour laquelle toute injection sous-cutanée n'est pas génératrice d'infection locale. On peut penser que la situation profonde sous-aponévrotique du médicament introduit a une importance et que le muscle se défend moins bien, même non ischémié, que les plans superficiels. Mais c'est là aussi que le terrain sensibilisé manifeste son influence. Certains auteurs ont, en effet, rapproché ces phlegmons profonds des nécroses superficielles consécutives aux injections sériques et désignées sous le nom de phénomène d'Arthus. Quoique le phénomène d'Arthus ne s'accompagne pas forcément dès le début d'accidents infectieux graves, les nécroses superficielles après injections sous-cutanées de sérums participent à la fois d'un caractère anaphylactique par leur mode de début et d'un caractère infectieux par leur évolution ultérieure.

On peut donc penser, moyennant des nuances évolutives que chaque auteur traduit selon ses idées, que les lésions profondes ont aussi une première phase analogue à un phénomène d'Arthus et que, comme un abcès de fixation mais avec une très grande rapidité, l'infection bactériémique à anaérobies vient s'y ajouter. Ce mécanisme est aisément acceptable dans les cas où l'état de sensibilité du terrain est certain ; il entre en jeu sans doute aussi lorsque la sensibilité est latente. L'étude de cas nouveaux permettra peut-être de reconnaître si tous les faits rentrent ou non dans ce cadre.

Si l'on admet cette association de facteurs pathogéniques la prévention des accidents consiste à n'employer que, pour des raisons positives la voie intramasculaire et à s'en abstenir entièrement pour introduire l'adrénaline ; à diluer cette dernière de façon suffisante et lorsque les injections doivent être renouvelées, à en varier le siège. Autant que possible on neutralisera l'action du terrain : désensibilisation, diagnostic et traitement des affections organiques, facteurs de bactériémie. Et encore ne sera-t-on pas toujours à l'abri de surprises, heureusement assez rares. Les injections superficielles permettant à la sérothérapie antigangréneuse et au traitement chirurgical d'intervenir plus tôt, amélioreront peut être le pronostic.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 18 mars 1941

Notice. — M. Antonin Gosset donne lecture d'une très belle et très émouvante notice consacrée à Pierre Duval.

La thérapeutique en période de restriction. — M. Duhamel attire l'attention sur la rareté ou la disparition d'un certain nombre de substances ou d'objets d'ordre thérapeutique. Il montre l'intérêt qu'il y aurait à rechercher, dès maintenant, des succédanés ou des objets de remplacement.

M. Duhamel demande la nomination d'une commission destinée à cette recherche. La commission pourrait indiquer les manquants ainsi que les produits de remplacement. Elle rechercherait également les conséquences de ce défaut dans la pratique médico-chirurgicale, ainsi que dans les recherches de laboratoire.

Le principe de la commission est voté. La commission comprendra : MM. Fourneau, Tiffeneau, Gosset, Ramon, Lœper, Goris, Rathery, Duhamel et Guérin.

Cancer de l'estomac. — MM. Cunéo et Doubrow ont étudié des cancers de l'estomac à l'aide des techniques mitochondriales micro-incinération. Ils concluent à la double imperméabilité de la cellule cancéreuse : à l'entrée, pour les matières minérales fixes ; à la sortie, pour les produits du métabolisme des substances quaternaires. Ce trouble de la nutrition cellulaire amène une diminution considérable de la masse protoplasmique active et un dérèglement du rapport nucléo-cytoplasmique, facteur essentiel de la division cellulaire. Les auteurs se demandent si le métabolisme des nucléo-protéides à l'intérieur d'une cellule qui a perdu sa perméabilité ne pourrait aboutir à des complexes molléculaires anormaux agissant à la manière d'un auto-virus indéfiniment transmissible à la lignée des cellules néoplasiques.

Oxyde de carbone endogène et maladie de Vaquez. — M. Lœper attribue certains cas de maladie de Vaquez à une oxycarbonémie endogène ignorée. Il cite cinq cas d'érythrémie accompagnée d'une augmentation notable, allant jusqu'à 36 cm³, ce qui est énorme, de l'oxyde de carbone du sang. Il attribue dans ces cinq cas la polyglobulie à l'oxycarbonémie et explique les symptômes observés, dont certains s'apparentent aux réactions de l'oxycarbonémie professionnelle et expérimentale chronique, par l'oxyde de carbone plus que la polyglobulie. Pour lui, beaucoup de maladies de Vaquez ont cette origine.

Elles apparaissent ainsi comme une conséquence d'oxycarbonémies ignorées. Ces oxycarbonémies peuvent dépendre souvent d'un trouble profond du métabolisme des glucides dont la combustion insuffisante se fait à l'étouffée, comme elle se fait dans un appareil de chauffage à tirage médiocre. L'oxycarbonémie doit être responsable d'autres accidents vasculaires ou nerveux. Elle prend place à côté des autres maladies connues du métabolisme des glucides : l'oxalémie et le diabète.

Cardiopathies et grossesse. Les indications opératoires. — MM. Ch. Laubry, D. Routier et A. Mathivat ont étudié, pendant près de dix ans, le comportement des cardiopathies, en particulier des valvulites rhumatismales, vis-à-vis d'une grossesse qui commence, se poursuit ou va bientôt arriver à terme.

Après avoir passé en revue les facteurs qui règlent ce comportement, facteurs mécanique, évolutif et neuro-endocrinien, et insisté sur l'importance des deux derniers, ils donnent le résumé de leur statistique portant sur 42 cas. La plupart comprennent des sténoses mitrales, 29 fois sur 42, les autres se décomposent en insuffisances aortiques, 8 cas ; insuffisance mitrale, 1 cas ; bloc de branche, 1 cas.

Les troubles fonctionnels, en particulier la dyspnée, l'œdème aigu du poumon, la cyanose, propres aux mitralites ont dicté les indications opératoires, chez les aortiques, les crises de tachycardie paroxystique et les signes électriques. L'intervention a consisté en césarienne abdominale avec ligature des trompes 35 fois, en curettage 2 fois, hystérectomie 4 fois. Il n'y eut que deux morts imputables à un œdème aigu du poumon, et à une insuffisance cardiaque grave. Les autres femmes sont en excellente santé.

Les auteurs, considérant que la sténose mitrale est l'affection qui motive surtout l'intervention, en raison de son caractère évolutif et extensif spécial, énumèrent les signes stéthoscopiques, radiologiques, électriques et généraux qui leur permettent de dicter le verdict d'intervention. En particulier, celle-ci leur paraît s'imposer quand il y a arythmie complète par fibrillation auriculaire, œdème pulmonaire aigu ou hémoptysies à répétition ; et l'un ou l'autre de ces signes peut être prévu grâce aux ressources de la technique moderne.

Au point de vue opératoire, les auteurs donnent la préférence à la césarienne abdominale et à la stérilisation par ligature et section des trompes. Elles seules évitent les accidents thrombotiques et comportent l'abstention de grossesse ultérieure.

La psychologie des réflexes. — MM. Logre et Lamache. — L'interrogatoire des réflexes ne fournit pas seulement une réponse neurologique, attestant le caractère organique ou inorganique des symptômes : il peut encore apporter des *renseignements psychiatriques*, dont les auteurs soulignent la fréquence et l'intérêt. Tantôt l'élément psychique est *inclus dans le mouvement réflexe lui-même* : par exemple hyper ou hypo-réflectivité chez les « émotifs » et les « asthéniques », le réflexe paraissant traduire surtout, dans ce cas, les anomalies de l'état sympathico-glandulaire, intimement lié à la vie mentale. Tantôt le geste du clinicien éveille, en marge du réflexe proprement dit, une « réponse à côté », sous forme de mouvements surajoutés, impliquant un degré très variable de conscience et de volonté : retenons, en particulier, la suggestibilité motrice, la « complaisance clinique », si curieuse, du paralytique général. Mais ce genre d'enquête est surtout fructueux chez les *exagérateurs*, les *pithiatiques* et les *simulateurs* : en effet, dans la réponse motrice globale, où l'élément neurologique se prête à une délimitation rigoureuse, on mesure avec certitude, en un instant et d'un seul regard, l'importance de l'élément psychique. Et c'est là, en cas de sincérité suspecte, un excellent moyen de doser *la part du réel et du fictif* : on dégage ainsi, peut-on dire, un « indice d'authenticité », qui vaut pour la maladie alléguée et qui éclaire, ne même temps, la psychologie habituelle du sujet, sa « mentalité » plus ou moins entachée de mythomanie.

Vacances de Pâques. — Il n'y aura pas de séance le mardi de Pâques.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 5 mars 1941

A propos de la douleur dans l'appendicite. — M. Braine rapporte une intéressante observation dans laquelle il semble bien que la douleur et la contracture ne correspondaient pas au siège de l'appendice.

A propos des lésions du semi-lunaire. — M. Mondor.

A propos des embolies pulmonaires post-opératoires. — M. Chavannaz discute les moyens préconisés pour prévenir cette complication.

Cinq cas d'entorse du genou opérée et guérie. — M. A. Sicard résume ses cinq observations dans lesquelles l'intervention montra l'existence de lésions importantes du ligament latéral interne avec, dans un cas, une brèche synoviale. L'auteur discute la légitimité de l'intervention lorsqu'est porté, avec certitude, le diagnostic de rupture du ligament latéral interne.

Dix-sept cas d'entorse du genou opérée précocement. — MM. Merle d'Aubigné et J. Cauchoix ont opéré systématiquement tous les cas d'entorse du genou s'accompagnant de mouvements de latéralité ; dans presque tous ces cas ils ont trouvé une rupture de la synoviale et une déchirure des coques condyliennes postérieures. Cliniquement, la lésion de la synoviale se traduirait par une ecchymose et la médiocrité de l'hémarthrose. La connaissance de ces lésions doit guider la forme de l'incision qui doit se prolonger en arrière si l'on soupçonne une lésion des coques condyliennes.

M. Sorrel insiste sur la valeur clinique de l'ecchymose.

M. Mondor revient sur l'opinion de M. Leriche et montre que la rupture du ligament interne est un fait indiscutable.

L'aspiration continue d'après Wangensteen dans l'occlusion intestinale. — M. Iselin. — M. Brocq rapporte l'observation princeps de M. Iselin. Il discute les raisons qui militent en faveur de cette méthode ; la distension du grêle due aux gaz et aux liquides serait un des facteurs de la mort dans l'occlusion et c'est sur cette notion que repose la méthode. Celle-ci paraît indiquée dans les occlusions post-opératoires, dans les occlusions aiguës du grêle surtout où elle permet d'opérer sur un ventre plat.

M. Lenormant a eu l'occasion d'utiliser trois fois la méthode avec des résultats fort intéressants. Il résume les trois observations dues à MM. Mathey et Denoix.

Présentation de pièce : tumeur de l'origine du jejunum. — M. Cadenat. — Cette tumeur siégerait à 15 cm. de l'angle duodéno-jejunal.

LIVRES NOUVEAUX

Oto-rhino-laryngologie du médecin praticien, par le Dr Georges Laurens. Septième édition revue et augmentée. Un volume de 510 pages avec 589 figures. Prix : 63 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Sept éditions françaises, plusieurs traductions étrangères ont fait connaître dans le monde entier le livre du regretté Georges Laurens. Si chacune de ces éditions a été soigneusement revue, mise à jour, augmentée, le but de l'auteur est resté le même : c'est d'apprendre au médecin praticien, surtout à celui qui est éloigné de la ville et du spécialiste, ainsi qu'à l'étudiant :

1° A faire un diagnostic ;

2° A poser une indication thérapeutique en lui énonçant ce qu'il doit savoir, ce qu'il peut faire, ce qu'il doit éviter.

La technique notamment est décrite dans tous ses détails. Les schémas, les croquis, les dessins ont été multipliés pour permettre à un médecin n'ayant jamais pratiqué d'examens oto-rhino-laryngologiques, de se repérer sans difficultés.

On trouvera principalement dans ce manuel des traitements classiques qui ont fait leurs preuves et quelques règles de bon sens.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 25-26. — 26-29 MARS 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

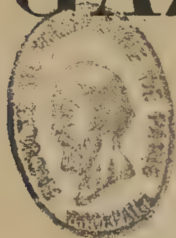
GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le prochain concours de l'internat aura lieu dans les conditions habituelles au cours de la première quinzaine du mois d'octobre.

Les modalités de ce concours, notamment en ce qui concerne la date d'ouverture, les délais d'inscription et le lieu du concours seront, en temps voulu, portés par voie d'affiche à la connaissance des intéressés.

— MUTATIONS DES ELECTRORADIOLOGISTES, CHEFS DE SERVICE (à compter du 1er janvier 1941). — A Laënnec : M. Delherm, chef du service central ; à Cochin : M. Dariaux, chef du service central ; A l'Hôtel-Dieu : M. Gibert, chef du service de rœntgenthérapie et de curiethérapie ; A. Necker : M. Coliez, chef du service de rœntgenthérapie et de curiethérapie. — A Broussais : M. Morel-Kahn, chef du service central ; A Bicêtre : M. Truchot, chef du service central.

MUTATIONS DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — A Vaugirard [clinique thérapeutique chirurgicale] (remplacement de M. le Professeur Duval, décédé) : M. Sénèque, de Laënnec ; A Laënnec (remplacement de M. Sénèque) : M. Picot, chirurgien honoraire ; A Saint-Louis (remplacement de M. Madier, passé à l'hôpital temporaire de la Cité Universitaire) : M. Soupault, chirurgien des hôpitaux.

Faculté de Médecine de Paris. — TRAVAUX PRATIQUES DE PHARMACOLOGIE. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie aura lieu à partir du 21 avril 1941. A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants récemment démobilisés dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être accomplis. Cette catégorie d'étudiants n'aura aucun droit supplémentaire d'inscription à verser.

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants dont les T. P. réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque et ceux qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en pharmacologie. Pour ces derniers, le droit d'inscription est fixé à 150 francs. Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

— Ont été nommés professeurs sans chaire, MM. Dognon et Galliard, agrégés pérennisés.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Guyot, ancien professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, a été nommé professeur honoraire.

— M. Sigalas, agrégé, a été nommé professeur de zoologie et parasitologie en remplacement de M. Mandoul, admis à la retraite.

Secrétariat d'Etat à l'Education Nationale et à la Jeunesse. (*Professeurs sans chaire*). — Le *Journal Officiel* du 15 mars publie le décret suivant :

Article premier. — L'article premier du décret du 4 janvier 1921 est complété comme suit :

« Peuvent également recevoir le titre de professeur sans chaire, avec les droits rattachés à ce titre, les agrégés libres des Facultés de Médecine et des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie, âgés de 60 ans révolus et remplissant depuis vingt années au moins une fonction d'enseignement didactique, technique ou clinique, rémunérée par un traitement ou une indemnité sans être soumis aux conditions de présentations prévues ci-dessus par le Conseil de la Faculté et par la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique. »

Voir la suite des Informations, page 261.

CHRONIQUE

Le travail d'une Commission

Il est admis, généralement, que le renvoi d'une question à une commission équivaut à son enterrement. On n'en saurait dire autant du problème du rationnement.

Le 17 septembre 1940, M. Georges Duhamel demandait à l'Académie de Médecine de constituer une commission chargée d'étudier toutes les questions se rapportant au rationnement. Les membres de cette commission furent aussitôt nommés. C'étaient MM. Duhamel, Lesné, Debré, A. Mayer, Martel, Rathery, Bertrand, Roussy, Baudouin, Tanon et Lenoir.

Le 24 septembre, l'Académie décida que la commission deviendrait permanente et qu'elle se réunirait régulièrement avant chaque séance pour pouvoir apporter des suggestions sur chacun des points qu'elle aurait pu étudier.

Dès ce moment, la commision n'a pas cessé de soumettre à l'Académie les avis les plus judicieux et les plus documentés sur chaque aspect de la question. Actuellement, plus de douze rapports ont vu le jour ; ils constituent, dans leur ensemble, un véritable traité d'hygiène alimentaire dans lequel les médecins, les pouvoirs publics et les ménagères, même, trouvent les indications les plus utiles.

Voici, par ordre chronologique, le rappel de ces travaux :

Le 1er octobre. — MM. Lenoir et Lesné étudient les conséquences du rationnement pour les enfants, les adolescents, les femmes enceintes, les femmes allaitant et les ouvriers faisant un travail de force (voir *Gaz. Hôp.*, 1940, p. 594).

Le 15 octobre. — M. Rathery, à propos du rationnement des sujets malades, préconise quatre régimes types. Le rapport est suivi d'une courte communication de M. Nobécourt sur les doses de sucres nécessaires aux tout petits (voir *Gaz. Hôp.*, 1940, p. 610).

Le 22 octobre. — MM. Lenoir et André Mayer consacrent un rapport aux dangers de la sous-alimentation pour l'enfance et l'adolescence (voir *Gaz. Hôp.*, 1940, p. 626).

Le 12 novembre. — M. Binet, se plaçant au point de vue physiologique, étudie la ration alimentaire du travailleur manuel. Dans la même séance, M. Chouard consacre une communication à la valeur nutritive des aliments de remplacement (voir *Gaz. Hôp.*, 1940, p. 697).

Le 26 novembre. — M. de Pomiane expose la technique culinaire actuelle avec les aliments de remplacement (voir *Gaz. Hôp.*, 1940, p. 730).

Le 17 décembre. — M. Portier apporte une étude sur l'insuffisance de la ration alimentaire et la nécessité de compenser la déperdition qu'elle entraîne par des vêtements chauds.

M. Gabriel Bertrand s'élève alors contre le mauvais emploi qui est fait du blé en temps de disette (voir *Gaz. Hôp.*, 1940, p. 770).

Le 24 décembre — M. Martel étudie la valeur alimentaire du lait écrémé. Son rapport est suivi d'une communication de MM. Ribadeau-Dumas, Chaleron et Walter, sur l'action du froid chez le nourrisson et l'importance, pendant la période froide, d'une alimentation par les graisses, le lait complet, l'huile de foie de morue (voir *Gaz. Hôp.*, 1941, p. 10).

Le 7 janvier 1941. — M. Bezançon étudie l'influence de la sous-alimentation sur la diminution de résistance de l'organisme au froid (voir *Gaz. Hôp.*, 1941, p. 33).

Le 21 janvier. — M. Charles Richet apporte une étude sur les vitamines dans les aliments conservés (lait excepté) par des procédés autres que le froid.

M. Martel traite des vitamines dans les aliments conservés par le froid et les antiseptiques (voir *Gaz. Hôp.*, 1941, p. 69).

Le 28 janvier. — M. Rathery expose la situation du personnel médical devant les restrictions alimentaires et indique les efforts faits par l'Assistance publique en faveur des internes, des externes, des infirmières et des infirmiers.

Le 11 février. — M. Martel donne des conseils d'ordre pratique, au sujet des vitamines (voir *Gaz. Hôp.*, 1941, p. 133).

Le 18 février. — M. Rathery consacre un rapport à l'éducation physique et aux besoins alimentaires (voir *Gaz. Hôp.*, 1941, p. 158).

Le 18 mars. — M. Georges Duhamel propose une nouvelle série de recherches motivées par la rareté ou le défaut de certains médicaments et de trop nombreuses matières premières (voir *Gaz. Hôp.*, 1941, p. 237).

Enfin le 25 mars. — MM. Binet et Duhamel apportent une très complète étude sur la ration alimentaire et le travail cérébral.

Nous nous arrêtons ici. Cette énumération, dans toute sa sécheresse, montre combien fut heureuse l'initiative de M. Georges Duhamel soutenu par l'effort continu de M. Tanon et de tous ses collègues ; elle montre aussi que l'Académie reste fidèle à ses traditions et qu'elle continue plus que jamais à jouer son rôle de protectrice de la santé publique.

F. L. S.

Ordre National des Médecins

Conseil supérieur de l'Ordre

Le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins a tenu une session à Paris du 15 au 21 mars 1941.

Il a mis au point le règlement intérieur. Il a statué sur plusieurs questions relatives aux installations. Il s'est occupé de régler les inscriptions au tableau de l'Ordre. Il a étudié le statut général des spécialités. Il a précisé les titres universitaires, hospitaliers et honorifiques, dont les médecins peuvent faire état. Il s'est attaqué au problème des dispensaires. Il a poursuivi l'étude de la retraite. Il a établi le fondement des organisations régionales. Il a jugé plusieurs instances en appel et s'est réuni en Conseil de discipline.

Un certain nombre de vœux ont été formulés, relatifs en particulier aux pouvoirs des Commissions administratives, à l'organisation des services, et du mode de recrutement du personnel médical des hôpitaux et hospices, à la liaison entre l'administration et l'Ordre des Médecins. Une collaboration constante et confiante avec le secrétaire général à la Santé est de nature à établir solidement l'autorité du Conseil Supérieur de l'Ordre.

L'action du Conseil Supérieur de l'Ordre s'exerce parallèlement en zone libre et en zone occupée.

Le Conseil Supérieur de l'Ordre n'oublie pas qu'il a la garde de l'honneur du Corps médical. C'est dans cet esprit qu'il a pris connaissance de certains articles publiés dans la Presse, et qui tendent à faire retomber sur le Corps médical tout entier les fautes commises par quelques-uns de ses membres indignes. Après examen, il a jugé inutile et contraire à sa dignité d'engager une polémique de presse sous quelque prétexte que ce soit. Il a seul la charge de faire respecter la discipline et l'honneur de la profession ; il saura la remplir.

Ordre des Médecins de la Seine

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine nous communique l'importante note suivante :

Les demandes d'inscription au tableau de l'Ordre ne seront plus reçues à partir du 15 avril 1941 :

Tout médecin qui exercera dans le département de la Seine sans avoir adressé sa demande d'inscription et rempli en entier le questionnaire dressé à cet effet par le Conseil de l'Ordre s'exposera à être poursuivi pour exercice illégal.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins du département de la Seine communique encore :

Les jeunes médecins, à la seule condition d'en avoir obtenu l'autorisation du Conseil de l'Ordre, ont parfaitement le droit de créer de nouveaux cabinets dans le département de la Seine. Ils ne sont nullement obligés, pour s'y installer, d'y prendre une succession médicale.

Enfin, le Conseil de l'Ordre des Médecins du département de la Seine,

Rappelle aux médecins de ce département la circulaire C. D. S. 1/4, en date du 23 décembre 1940, émanant du Secrétariat d'Etat à l'Intérieur, aux termes de laquelle, hors les cas d'urgence, « il est fait défense absolue aux médecins civils français de traiter aucun ressortissant de l'armée allemande, notamment ceux atteints de maladies vénériennes ».

REVUE GENERALE

RÉINFECTIONS TUBERCULEUSES

Par M. L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

Plus que jamais la question de la tuberculose est à l'ordre du jour. Dans un article précédent (nos 47-48, 12 juin 1940, p. 481-486), nous avons envisagé le rôle respectif de l'hérédité et de la contagion et conclu que, chez l'enfant du moins, c'est cette dernière qui intervient le plus souvent. Mais les poussées ultérieures, fréquentes au cours de cette maladie hautement *évolutive* (F. Bezançon et Brunel de Serbonne), sont-elles dues à une réactivation des lésions anciennes ou à une réinfection exogène? Voilà le problème à résoudre. Il offre un grand intérêt. Selon le sens de la réponse, n'est-on pas amené à prendre des mesures entièrement différentes, pour ne pas dire opposées?

Le praticien est parfois dérouté par certains termes courants en phtisiologie, tels ceux, en ce qui concerne la tuberculose *humaine*, de *période antéallergique*, d'*allergie*, de *complexe primaire*, de *primo-infection*. Tâchons donc de les définir une fois pour toutes.

Lorsque le bacille de Koch pénètre dans l'organisme, il s'écoule une période de trois à huit semaines, entièrement silencieuse, véritable période d'incubation, au cours de laquelle il se répand dans les divers tissus et organes, grâce aux circulations sanguine et lymphatique. C'est la *période antéallergique* de R. Debré et P. Jacquet. Lorsqu'elle est terminée, la cuti-réaction, jusqu'alors négative, devient positive. Le sujet était en état d'*anergie* : le voilà en état d'*allergie* (V. Pirquet), c'est-à-dire qu'à toute nouvelle contamination, il répondra d'une manière différente de la première fois, « différente par la rapidité de la réaction, « qui est accélérée, différente par l'intensité, puisqu'il y « a hypersensibilité, différente aussi par son résultat, puis- « qu'il y a immunité » (Ed. Rist) (1). Pour les classiques, cet état d'allergie (2) persiste indéfiniment, abstraction faite de certaines conditions exceptionnelles, affections hépatiques (N. Fiessinger), cachexies, rougeole et coqueluche, où elle disparait, laissant les sujets dans la même situation que s'ils n'avaient jamais eu affaire au bacille de Koch et ne les en exposant que plus à la contagion. Cliniquement, l'allergie débute par une phase où apparaissent des lésions pulmonaires et ganglionnaires (*lésions de primo-infection*), celle-là étant unique et de dimensions minimes (*chancre d'inoculation*), celles-là, frappant les ganglions satellites (*loi des adénopathies similaires*), qui sont caséifiés en totalité (Parrot, Hutinel, Kuss, Ghon, Armand-Delille). C'est l'ensemble de ces lésions qui constitue le *complexe primaire* de Ranke.

Quant à l'étude de la *tuberculose expérimentale*, elle est dominée par le phénomène de Koch, que décrit ainsi son inventeur. « Lorsqu'on réinocule des bacilles à des cobayes « déjà tuberculeux le point de réinoculation devient, dès le « lendemain, dur et prend une coloration rouge violet, « puis noirâtre ; les jours suivants, il se nécrose ; il ne « tarde pas à s'éliminer ; à sa place, il laisse un ulcère « superficiel qui guérit rapidement sans que les ganglions « voisins soient tuméfiés ». Qu'il s'agisse là d'allergie, marquant la sensibilité des sujets déjà tuberculeux à une seconde infection bacillaire, et tendant à éliminer, non sans brutalité, les nouveau-venus (Calmette), ou d'anaphylaxie (Besredka), ce phénomène tient une place capitale en phtisiologie et on en a souvent rapproché nombre de manifestations observées chez des tuberculeux. Autre « phénomène », dont on commence à beaucoup parler : le *phénomène de Willis* (1928), vérifié par Saenz et Canetti et qui consiste en l'accélération, chez des cobayes réinfectés après désensibilisation spontanée, de la réapparition d'une allergie précoce et à tendances nécrosantes. Si l'on veut que l'expérience réussisse, il est indispensable de s'adresser à des souches atténuées.

(1) Ed. Rist. Primo-infection tuberculeuse et réinfections exogène (*Presse Médicale*, n° 70, 17 septembre 1940, p. 724).

(2) Pour Besredka (*Presse Médicale*, nos 93-96, 4-7 décembre 1940, pp. 973-976), il s'agirait plutôt d'anaphylaxie que d'allergie.

***

Pour Behring, la cicatrice indélébile qui marque l'emplacement du complexe primaire, et qui ne cesse jamais de contenir des bacilles virulents, protège l'organisme contre les infections exogènes, à moins qu'elles ne soient massives et répétées. Toutes les manifestations de la tuberculose survenant ultérieurement constituent donc autant de réinfections endogènes dues à l'essaimage de bacilles « emmurés » dans la cicatrice, et qui, sous des influences diverses, sont rappelés à l'activité.

Cette théorie, MM. Ameuille, Saenz et Canetti viennent, dans un retentissant article de la *Presse Médicale* (1), de lui asséner des coups redoutables. Ils observent, en effet, que, dans la plupart des poumons, on peut trouver des cicatrices tuberculeuses, invisibles aux rayons X, et qui ne dépendent nullement d'une prime-infection, ainsi qu'en témoignent les arguments suivants. Il y en a toujours plusieurs, alors que le chancre d'inoculation est unique ; contrairement à celui-ci, elles siègent de préférence au sommet ; elles ne s'accompagnent pas d'adénopathie médiastine ; elles sont d'autant plus nombreuses qu'il s'agit de sujets plus avancés en âge. Vient-on à en inoculer le contenu, on s'aperçoit que, contrairement aux données classiques, nombre d'entre elles, comme d'ailleurs la plupart de celles qui résultent d'une primo-infection, ne renferment plus de bacilles virulents, leur stérilisation s'effectuant en deux à trois ans.

De ces données, quelles conclusions tirer?

Elles sont si nombreuses, et de telles conséquences qu'on ne saurait citer ici que les principales.

S'il est vrai que les lésions de primo-infection apparues avant quinze ans, se stérilisent rapidement, les réinfections, ne survenant d'habitude qu'après la trentaine, *ne peuvent être qu'exogènes*.

La fréquence de ces réinfections s'explique par le fait que l'*immunité*, qui ne consiste ni en une expulsion brutale des germes seconds, comme dans le phénomène de Koch, ni en l'absence d'une lésion locale à leur point d'arrivée, *est trop faible*, une fois la première lésion tuberculeuse créée, *pour s'opposer à l'implantation de nouveaux bacilles et qu'elle se borne tant à ralentir leur dispersion qu'à apporter obstacle à leur pullulation.*

Ces réinfections guérissent-elles, comme c'est la règle, la sensibilité de l'organisme à la tuberculine disparaît : à l'allergie, traduite par une cuti-réaction positive, succède un état d'anergie, marquée par un « virage » de la réaction, qui devient négative. Viennent de nouvelles infections, l'allergie se rallume en un temps de plus en plus court. *A la rigide conception, d'après laquelle une cuti-réaction qui, une fois positive, le reste toujours, il faut donc substituer celle, plus souple, d'une cuti-réaction capable de redevenir négative en cas de guérison, pour redevenir positive en cas de réinfection.* Ajoutons qu'avec la multiplication des épisodes tuberculeux, les périodes antéallergiques se raccourcissent de plus en plus, comme dans le phénomène de Williz, Saenz et Canetti, comme dans les observations faites lors des revaccinations par le B. C. G. (Saye).

L'existence de ces réinfections abortives montre combien est grande la résistance naturelle de l'organisme humain à l'infestation par le bacille de Koch et justifie la thèse de M. P. Ameuille, qui oppose la *tuberculose-infection* à la *tuberculose-maladie*. Elle conduit à se demander

(1) P. Ameuille, A. Saenz et G. Canetti. Tuberculose abortive et réinfection tuberculeuse (*Presse Médicale*, n° 53, 11 juin 1940, pp. 585-589). Cf. aussi les discussions de la *Société d'Etudes Scientifiques sur la tuberculose*, séance du 16 novembre 1940 (*Presse Médicale*, nos 97-98, 11-14 décembre 1940, pp. 1000-1006).

si la régression de la tuberculose, marquée par toutes les statistiques actuelles, n'est pas due à « la constatation de plus en plus fréquente, à la faveur de méthodes d'examen plus subtiles et plus généralement employées, de périodes de guérison totale. Elle permet enfin d'attribuer ces guérisons, moins à la *résistance spécifique* que créent la primo-infection et les réinfections ultérieures, moins à l'allergie qu'à la *résistance générale* qu'oppose l'organisme humain au bacille tuberculeux.

***

Avec M. Ed. Rist, louons M. P. Ameuille de la « dialectique incomparable » dont il témoigne, et « à laquelle il nous a depuis longtemps accoutumés », sachons-lui gré d'avoir, dans une discussion de si haute tenue, montré, ne fois de plus, qu' « il a je ne sais combien de sortes d'esprit », et voyons ce qu'il faut penser de sa thèse.

En sa faveur, militent des arguments de divers ordres :

Anatomique. L'étude histologique des foyers tuberculeux permet d'admettre l'existence de lésions à tout jamais éteintes (J. Delarue).

Biologique. Chez l'animal, à condition de s'adresser à des souches atténuées, semblables à celles qui interviennent le plus souvent chez l'homme ou, ce qui revient au même, à des cultures de BCG, on peut aisément obtenir des lésions qui arrivent spontanément à se stériliser (S. Griffith, Radaody-Ralarésy, Boquet et Bequignon, Saens et Canetti) ; on peut assister à une extinction également spontanée de la sensibilité cutanée à la tuberculine, cette extinction, variable d'un cas à l'autre (A. Boquet et Bretey), étant beaucoup plus tardive que le phénomène précédent (Saenz et Canetti), fait qui prouve surabondamment que, pendant une période assez longue, la réaction a pour substratum autre chose que la présence de bacilles vivants.

Nosologique. — Ni la notion d'infection continue, puisque la maladie procède par poussées, ni celle d'une immunité produite par la primo-infection ne permettent de rattacher à une réinfection endogène la plupart des tuberculoses de l'adulte (J. Troisier, P. Chadourne et J. Baudouin).

Clinique. — La bénignité des tuberculoses apicales est admise par nombre d'auteurs (Braeuning, Ulrich). D'autre part, il existe des faits indiscutables de contagion exogène chez l'adulte, ainsi qu'en témoigne la notion des tuberculoses conjugales et professionnelles. En voici deux exemples que nous avons cités dans notre article du 27-30 mars 1940 (nos 25-26, p. 241-242). Un médecin suisse a rapporté, dans la *Presse Médicale*, il y a quelques années, le cas d'une phtisique « veuve impérissable de trois maris », tous sans le moindre antécédent héréditaire ou personnel, et chez qui, dès leur mariage, n'avait pas tardé à se développer une tuberculose à marche rapide. Les infirmières du bureau des admissions, dans un service de phtisiologie parisien, payaient un lourd tribut à la maladie. Il a suffi qu'on les mît à l'abri, par un dispositif approprié, des « gouttelettes de Flugge » projetées par leurs interlocuteurs pour que leur morbidité et leur mortalité par tuberculose redevinssent normales (Ed. Rist).

***

Passons maintenant aux *objections.*

Objections *anatomiques.* — Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la signification des tuberculoses apicales. Si, pour M. Ameuille, elles sont bénignes, elles comportent une gravité spéciale, pour Baden, M. Gomez, N. Guvierra, Underricht. Autre argument, infiniment plus important : l'éclosion, au cours d'une suppuration ou d'un cancer pulmonaires, d'une tuberculose évolutive, comme si ces affections, à un moment donné, aboutissaient à réaliser l'effraction de foyers tuberculeux anciens et à la libération de bacilles jusque-là emmurés (Sergent et Fourestier).

Objections *étiologiques.* — La conception qui rattache la plupart des infections de l'adulte à une infection exogène ne tient pas assez compte du terrain, dont le rôle est admis par Bezançon, Sergent, Rist, ni de la résistance de l'organisme (Marfan).

Objections *bactériologiques.* — Inoculant au cobaye le produit de ganglions médiastinaux préalablement broyés, MM. E. Sergent et H. Durand obtiennent des résultats positifs dans 18 % des cas, chiffre que ces auteurs considèrent comme inférieur à la réalité, et qui, en tout état de cause, est loin de celui que donne M. Ameuille. D'autre part, M. J. Rolland, ayant observé un sujet à cuti-réaction négative chez lequel, consécutivement à une injection sous-cutanée de BCG, s'est développée une tuberculose ulcéro-caséeuse à bacilles humains, estime que, dans ce cas, le BCG a réveillé un foyer éteint, mais contenant toujours des bacilles virulents. Ce fait, contraire à la théorie de M. Ameuille, s'accorde avec la conception soutenue par M. E. Sergent, qui distingue deux sortes de tuberculose : une *active*, non éteinte, dans laquelle le foyer est un centre de culture bacillaire « et une *évolutive* » dans laquelle le foyer s'étend sur place et « essaimé » (1).

Objections *expérimentales.* — Elles font état, d'une part, du phénomène de Koch, de l'atre, de la résistance des bovidés aux réinfections tuberculeuses, même massives (Calmette).

Objections *cliniques.* — Elles s'appuient sur la loi de Marfan (2) d'après laquelle les porteurs d'écrouelles sont généralement à l'abri de toute réinfection, ce qui ne pourrait s'expliquer que par l'immunité que confère à l'organisme la primo-infection.

Objections *nosologiques.* — Les unes concernent l'*interprétation de l'allergie.* Pour M. Ed. Rist, on ne peut dire qu'après guérison, soit du complexe primaire, soit d'une réinfection, l'allergie se rallume, car elle n'était pas éteinte. Ce qui s'éteint, c'est la sensibilité cutanée à la tuberculine qui en est la manifestation la plus apparente. Rien de plus aisé à comprendre si l'on se rappelle, avec Allen Krause, que l'allergie a son maximum au siège même des foyers tuberculeux, son minimum dans les régions saines. « Il n'est donc pas inconcevable que la peau, qui possède l'hypersensibilité la moins intense, puisse la perdre complètement, alors que cette hypersensibilité persiste encore dans le foyer infectieux, même stérilisé ». En d'autres termes, la réaction cutanée à la tuberculine ne représente pas toute l'allergie, qui peut être négative, alors que l'allergie est en pleine activité. De même, M. Et. Bernard ne croit pas que, d'une cuti-réaction négative, on puisse conclure à la guérison. La réinfection exogène ne devrait-elle point, en ce cas, déterminer un nouveau complexe primaire? Or, il n'en est rien.

Les autres concernent la conception de la *tuberculose-infection* opposée à la *tuberculose-maladie.* Qu'il y ait, entre elles, un certain écart, d'accord, mais un abîme, assurément non! (Et. Bernard).

D'autres, enfin, contestent que la guérison de la tuberculose soit plutôt le fait d'une résistance générale que d'une résistance spécifique. Pour M. Ed. Rist, elle est due à l'effort prophylactique tenté, dans tous les pays, depuis un quart de siècle et à une augmentation de la résistance spécifique, telle que la réalise l'allergie. Si « c'est l'anergie qui expose, c'est l'allergie qui protège ».

***

En bons fils des Gaulois, habiles, comme disait Jules César, à *argute loqui*, les médecins français excellent à plaider une cause et, au besoin, à en appeler d'une condamnation.

A certaines des objections précédentes, M. P. Ameuille n'a pas eu de peine à répondre. Il n'a jamais mis en doute

(1) Emile SERGENT. Quelques réflexions sur la réactivation des foyers tuberculeux latents et sur les réinfections endogènes et exogènes (*Presse Médicale*, nos 93-94, 27-30 novembre 1940, pp. 953-955).

(2) Cf. A.-B. MARFAN. Résistance de l'espèce humaine à la tuberculose (*Paris Médical*, 31 août 1940).

le rôle du terrain. Il fait observer que la loi de Marfan, comme le phénomène de Koch, peuvent être invoqués aussi bien par les partisans d'une thèse que par les autres. Passant à l'offensive, il *prend la liberté grande* de trouver étrange que les bacilles venus de l'extérieur ne puissent produire, à un moment donné, chez le primo-infecté, les mêmes effets que ceux produits par les bacilles emmurés dans les ganglions médiastinaux et que ces derniers, qui sont censés protéger l'organisme contre les réinfections exogènes, soient incapables de le protéger contre eux-mêmes. Qui, enfin, pourrait nier les cas de contagion chez l'adulte? A ces arguments, ajoutons-en un, que nous inspire la lecture des articles de M. Ameuille et de ses contradicteurs. L'unanimité des phtisiologistes — et ce n'est certes pas nous qui les en blâmerons — recommande de multiplier les précautions pour que l'enfant échappe à la contagion et, en même temps, avec l'Ecole scandinave dont les travaux ont été confirmés en France par MM. Troisier et Bariéty, insistent sur la gravité de la primo-infection chez l'adolescent qui n'a jamais été en contact avec le bacille et qui, une fois contaminé, fait une tuberculose grave, comparable à celle du cobaye. Autrement dit, ils désirent qu'il reste le plus longtemps possible en état d'anergie, et, en même temps, ils montrent quels peuvent être les dangers qu'il court lorsque cet état se prolonge : contradiction au moins apparente (1), qui ne laisse pas de troubler le profane, et qui donne à penser, avec MM. Bezançon et Sergent que, dans l'immunité antituberculeuse, il y a autre chose que l'allergie, cette *autre chose* pouvant bien être la résistance générale de l'organisme, liée ou non au terrain.

***

De cette discussion, quelles conclusions tirer?

Sans doute, existe-t-il des réinfections endogènes, des réactivations de foyers tuberculeux latents (Sergent). Mais, à côté d'elles, et parfois associées à elles (Marfan), il faut réserver une place aux infections exogènes. Quelle est la part de chacune? C'est ce qu'il est encore impossible de dire (Ed. Rist). Le mérite de M. Ameuille n'en reste pas moins grand d'avoir, dans un article où l'art se garde bien de se trahir en se montrant, montré que les réinfections exogènes sont fréquentes, et qu'elles sont capables, en quelques années, comme d'ailleurs les lésions de primo-infection, de se stériliser, notion dont on ne saurait méconnaître ni l'intérêt doctrinal, ni l'importance pratique.

(1) Les vaccinations au B. C. G. préparé avec une souche atténuée, procurent aux sujets chez qui on les effectue, l'allergie désirée, sans leur faire courir les dangers auxquels peut les exposer une primo-infection quelconque.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 26 mars 1941. — Jury : MM. Lœper, Mathieu, Fiessinger, Roger Couvelaire. — M. Mande. La tyramine et l'hypertension des néphrites. — M. Magder. Contribution à l'étude des griffes nerveuses.

Jeudi 27 mars 1941. — Jury : MM. Tanon, Lenormant, Laignel-Lavastine, Lenègre. — M. Lewensztajn. L'intoxication barbiturique aiguë et son traitement. — M. Marty. Anomalies du siège de la douleur dans les appendicites. — M. Aye. Contribution à l'étude des gangrènes pulmonaires d'origine bucco-dentaire. — Mme Vogel-Holzstein. Sur l'histoire de la thérapeutique par les citrates de fer.

THESE VETERINAIRE

Jeudi 27 mars 1941. — Jury : MM. Tanon, Vuillaume, Drieux. — M. Lamoukiate. Au sujet de la nouvelle réglementation de l'industrie laitière.

DE LA PYCNOLEPSIE SES RAPPORTS AVEC L'ÉPILEPSIE

Par L. Marchand et J. Ajuriaguerra

En 1906, Friedmann sous l'appellation de « Courts accès narcoleptiques » décrit une affection qui s'observe chez l'enfant, quelquefois chez l'adolescent et qui est caractérisée par des attaques fréquentes. Cette maladie fut, par la suite, désignée sous des appellations diverses : « petits accès accumulés » (Heilbronner) « Ekpleptische » (Henneberg), « Myrian spells » (Sachs et Hausmann). Elle est surtout connue actuellement sous le nom de pycnolepsie (de πυκνος nombreux) que leur a donné Mme Sauer pour indiquer leur fréquence.

Depuis le travail de Friedmann, cette affection a fait l'objet de nombreuses publications surtout en Allemagne, en Angleterre et en Amérique. En langue française, les publications sont en nombre assez réduit. Nous ne connaissons que les travaux de Moreau, de Lhermitte et Nicolas, la thèse de Bompard, la revue générale de Comby. L'un de nous, à plusieurs reprises, a abordé ce sujet avec Bauer et Delmont.

La pycnolepsie est surtout une maladie de l'enfance, elle survient entre 4 et 12 ans ; elle est plus fréquente chez les filles (66 du sexe féminin pour 35 du sexe masculin dans les statistiques de Jelliffe et Notkin). Il s'agit le plus souvent d'enfants à antécédents héréditaires chargés. Pour Moreau on trouve, dans un tiers des cas, l'épilepsie dans l'ascendance ; Jelliffe et Notkin trouvent, sur 190 cas collectés, 11 fois l'hérédité épileptique, 33 fois l'hérédité nerveuse ou alcoolique. L'hérédité homologue est rarement citée (deux cousins dans le cas de Friedmann, la mère et la fille dans un cas de Bompard).

Au point de vue clinique, les accès pycnoleptiques ne présentent pas toujours des caractères strictement définis et uniformes. Nous décrirons d'abord la forme classique et nous montrerons ensuite ses variantes.

La crise est rarement précédée d'une aura. Elle apparaît le plus souvent subitement sans facteur déclenchant émotionnel ou autre. L'accès se caractérise par une entrave ou un arrêt de l'idéation que le malade subit parfois inconsciemment. La parole est troublée avec impossibilité de toute articulation verbale. Les perceptions sont émoussées. L'enfant s'arrête dans sa marche, mais parfois il persiste dans l'exécution automatique d'un acte commencé. La crise dure 5 à 10 secondes en moyenne. Pendant l'accès, le visage peut être pâle, congestionné ou normal ; il devient inexpressif, la tête s'incline latéralement ou en avant ; les jambes se dérobent mais le malade le plus souvent ne tombe pas ; il lâche parfois les objets qu'il tient à la main. On peut noter des troubles oculaires : étrangeté des yeux, fixité du regard, clignotement et vibration des paupières ; par contre, on n'observe ni mouvements convulsifs dans les membres, ni morsure de la langue. Les accès sont très fréquents, de 50 à 100 par jour, ils se produisent rarement la nuit. Le malade paraît bien les supporter et ne montre pas de phénomènes de fatigue apparente. L'intelligence reste intacte et la guérison survient à la puberté.

En résumé, il s'agit d'absences conscientes, mnésiques, fréquentes et de courte durée, non accompagnées de signes d'irritation corticale ni de mouvements anormaux, elles sont généralement diurnes et, particularité importante, de pronostic bénin.

Mais en réalité ce tableau clinique schématique est l'exception et de nombreux auteurs l'ont modifié. C'est ainsi que parmi les symptômes moteurs on a signalé des myoclonies (Engelhart, Sauer, Stier), des contractions partielles de certains groupes musculaires ; extension forcée des bras (Adie) ou des pieds (Lindenblatt), l'écartement des doigts (Schroder), des crispations de la main, des grincements de dents (Sauer et Kochmann), des crises oculogyres (Ratner, Glanzmann et Copulsky). La conscience est rarement complètement conservée ; la perte de conscience est obser-

vée par Heilbronner, Cohn, Kochmann, Engelhardt, Marchand, Lhermitte et Nicolas ; l'amnésie par Meyer, Marchand et Bauer, Pohlisch et Engelhardt. L'incontinence d'urine est signalée dans presque la moitié des cas. On trouve la présence d'attaques nocturnes dans des observations d'Heilbronner, Friedmann, Engelhardt et Sauer.

L'examen somatique pratiqué au cours de la crise montre fréquemment une rigidité pupillaire, parfois un réflexe cutané plantaire en extension (Meyer), des signes évidents d'irritation corticale (Adie, Pohlisch).

Le signe de Schwostek a été noté en dehors des crises par Mann et par Sedwick. Husler et Pohlisch trouvent parfois une arythmie du pouls et Stargartner et Koschmann de l'arythmie respiratoire.

A l'examen sérologique on constate d'ordinaire un B. W. négatif. Le liquide céphalo-rachidien est normal ; mais des variations tensionnelles ont été décrites par Glanzmann et Copulsky, Sahli. Des modifications hématologiques ont été constatées par Senin. L'alcalose urinaire serait assez fréquente. Le réflexe oculo-cardiaque donne des réponses variables (Bompard).

Des épreuves expérimentales ont été tentées pour la provocation des crises. D'après Mueller, l'hyperventilation pourrait les faire apparaître, mais comme le fait remarquer Stier, il est difficile de juger sur la valeur de cette méthode chez des malades qui, déjà en temps normal, présentent des crises nombreuses. D'autres auteurs ont, par ailleurs, obtenu des résultats différents. Les injections d'hypophyse n'ont pas donné à Mueller des indications bien nettes. La pilocarpine augmenterait d'après Rosenthal le nombre des crises.

Les pycnoleptiques ne présentent pas une morphologie particulière. Quelques auteurs ont insisté sur l'embonpoint ou l'aspect myxœdémateux de certains malades ; par contre Oppenheim et Rosenthal signalent une hypertrophie de la glande thyroïde.

Dans leurs antécédents, l'hérédo-syphilis est rarement signalée (Guevara, Oropesa, Heuyer) ; on note parfois des causes organiques telles que traumatismes craniens, encéphalite. L'affection peut cependant apparaître chez des enfants en apparence somatiquement normaux.

Un des caractères essentiels de l'évolution de la maladie de Friedmann serait sa guérison à la puberté sans laisser de traces. Il s'agirait donc d'une affection bénigne (Parker). Nous montrerons plus loin que cette terminaison favorable est loin d'être la règle.

De nombreux médicaments ont été employés contre cette maladie. Pour Friedmann et de nombreux auteurs les accidents pycnoleptiques ne réagissent pas aux traitements antiépileptiques usuels. On doit cependant noter que dans deux cas de Pohlisch, dans un cas de Marchand et Bauer la thérapeutique bromurée diminua le nombre des crises. Le gardénal serait parfois plus actif. Pohlisch obtient des résultats dans 6 cas sur 17. Dans deux des cas de Marchand et Bauer il suspendit les absences.

Tout comme dans l'épilepsie, le régime cétogène a été essayé. Il donne des résultats à Stanley Cobbe ainsi qu'à Bompard (cas n° 2). Sans effet dans la première observation de Senin, par contre le régime cétogène-luminal fit disparaître les attaques dans la deuxième. Forsberg n'obtient aucun succès. La pneumocéphalie fit disparaître les crises dans deux cas de Benedek et de Thurzo. Frisch obtient, par ce procédé, la suspension des crises pendant plusieurs semaines. Dans deux observations de Trömmer la guérison fut de courte durée et les crises réapparurent par la suite mais en moins grand nombre.

Parmi les médications antinarcoleptiques on a particulièrement essayé la caféine et l'éphédrine. Dans deux cas de Stargartner la caféine aurait donné des résultats remarquables ; le traitement par l'éphédrine, des succès à Zahorsky. Dans un cas de Senin les absences disparurent après la troisième injection d'éphédrine. Wolf par contre sur 3 cas n'obtint de résultats que chez un seul.

Lhermitte et Nicolas assistèrent chez un malade cataplectique, narcoleptique et pycnoleptique à la disparition des symptômes à la suite de la ponction lombaire. De bons résultats sont aussi signalés par Sacki. Minéa préconise l'autohémothérapie. Dans un cas de Rosenthal et dans un cas de Bompard une amélioration est signalée par le traitement atropinique. La pilocarpine augmenterait par contre le nombre des accès. Les traitements par le calcium, l'arsenic, le phosphore sont restés inefficaces. Le traitement thyroïdien chez un sujet suivi par Sacki, fit disparaître les accès au bout de quatre semaines. Le traitement surrénalien est resté sans effet.

Les sédatifs simples, l'isolement, le séjour à la campagne, la psychothérapie seraient, pour certains, les meilleurs traitements lorsqu'on les applique précocement.

Comme on le voit, les résultats sont variables, chacune de ces thérapeutiques répondant à l'une des diverses hypothèses pathogéniques.

La pathogénie dss accidents pycnoleptiques est obscure. Friedmann attribuait la pycnolepsie à une fatigabilité anormale du cerveau et à des troubles vaso-moteurs. Cette dernière hypothèse a été particulièrement défendue par Westphal. D'après cet auteur, les troubles pycnoleptiques surviendraient chez des malades à système vaso-moteur labile. Les accès de rougeur et de pâleur de la face ont été soulignés par Friedmann et par Husler. Stier a décrit un cas avec spasme vasculaire. On doit cependant remarquer que les recherches concernant les modifications dystoniques neurovégétatives chez ces malades n'ont pas donné de conclusions concordantes.

Pour Rosenthal le trouble vasculaire aurait comme siège la région du pédoncule cérébral. Ratner range la pycnolepsie dans un groupe morbide, celui des « diencéphaloses », comprenant la pycnolepsie, l'affect-épilepsie, la folie circulaire, l'épilepsie striée, etc..., ce qui expliquerait l'absence d'évolution démentielle. Abramson considère l'affection comme un type de réaction du système nerveux dont l'étiologie est variée mais non spécifique. Nous croyons que l'on peut ramener le mécanisme de ces petits accès, comme celui des absences épileptiques à un phénomène d'inhibition corticale dont les causes peuvent être multiples.

Depuis le premier travail de Friedmann, la place nosologique de la pycnolepsie a fait l'objet de discussions fréquentes et contradictoires.

Quelques auteurs considèrent la pycnolepsie comme une maladie indépendante, une entité morbide à caractères cliniques, évolutifs et pathogéniques particuliers. C'est la thèse de Lindenblatt, Pohlisch, Sauer, Adie, Collier, Brain et Strauss, Wechsler et Talbot. Pour d'autres auteurs, il s'agirait d'une forme spéciale soit de narcolepsie, soit de cataplexie, soit de spasmophilie, soit d'hystérie, et, pour certains, d'épilepsie infantile.

Dans sa première description Friedmann intitulait les accès qu'il décrivait « Kurse Narcoleptische Anfälle ». Peu d'auteurs par la suite ont englobé la pycnolepsie dans la narcolepsie et la cataplexie. Il existe cependant des cas où cette hypothèse pouvait être soulevée. Gruhle décrit deux types de pycnolepsie, l'un correspondant au type Friedmann, l'autre à la narcolepsie de Gélineau. Dans une observation de Lhermitte et Nicolas, dans un cas de Jones, on note la coexistence de la narcolepsie, de la cataplexie et de la pycnolepsie. A côté de cette coexistence de symptômes le plus souvent cliniquement dissociables, l'importance de l'épreuve thérapeutique par l'éphédrine parait avoir donné à la théorie de la pycnolepsie-narcolepsie un nouvel essor. Cependant la narcolepsie et la cataplexie pures peuvent être distinguées de la pycnolepsie par l'aspect même des accidents et par leur durée. Il s'agit en effet dans la narcolepsie d'attaques de sommeil comparable au sommeil normal et dont la durée dépasse d'ordinaire plus d'une minute. Penta, tout en reconnaissant la difficulté du diagnostic dans certains cas, admet comme principaux éléments différentiels entre les deux affections l'âge d'apparition précoce de la pycnolepsie et sa guérison spontanée à la puberté contrastant avec l'incurabilité de la narcolepsie, tandis que Redlich leur attribue un mécanisme pathologique commun.

Les phénomènes d'inhibition du tonus musculaire qui accompagnent souvent les petits accès pycnoleptiques ressemblent à ceux de la cataplexie partielle ; mais l'aspect

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
BÉNERVA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Aneurine cristallisée* *(Vitamine B_1)* Comp. 1 mg. : 2 à 4 p. j. Amp. 1 cm³ (2 mg) : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ (10 mg) : 1 p. j.	B_1-Hypovitaminoses Surmenage, Algies, Polynévrites, etc.
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques
PHILENTÉROL Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin polyvalent buvable* (colibacilles, entérocoques, staphylocoques) Une ampoule par jour pendant dix jours. Reprendre la cure si nécessaire après un repos de huit à dix jours	Colites, Diarrhées, Grippe intestinale, Syndrome entéro-rénal, Appendicites, Cystites, Pyélo-néphrite gravidique Vaccination pré- et post-opératoire
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide* *(Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SIROP "ROCHE" **AU THIOCOL** Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Gaïacol inodore* Adultes : 1 à 4 c. à s. p. j. Enfants : 1 à 4 c. à s. p. j. et plus	Toutes affections des voies respiratoires
SOMNIFÈNE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Le plus maniable des hypnotiques* Gouttes : 30 à 60 p. j. Amp. : 2 cm³ : 1 ss.-cut. au coucher Amp. 5 cm³ : 1 endov. p. j. et plus	Toutes insomnies, même compliquées Troubles nerveux et mentaux
STALYSINE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif antistaphylococcique* *Injectable* : Injection initiale de 1/2 cc. Les suivantes de 1 cc. tous les jours *Voie buccale* : Une ampoule le matin, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections d'origine staphylococcique Furonculose, Anthrax, Acné, etc...
VULCRINOL Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait de foie de veau* FRAIS *Thiosulfate de magnésium* *Hexaméthylène tétramine*	Insuffisance hépatique Etats anaphylactiques Intoxications

clinique général et l'évolution sont bien différents. Verger sépare complètement ces deux affections. Bompard tend à admettre des formes de passage entre les deux maladies. Il s'agit en réalité, dans un de ses cas, d'une cataplexie épileptique, forme qui doit être séparée de la cataplexie de Gélineau (Marchand et Ajuriaguerra).

La pycnolepsie considérée comme une forme de la spasmophilie ne semble pas avoir rallié les opinions de nombreux auteurs. Mann et Sedgwick, notant chez certains malades atteints de petits accès des signes de spasmophilie (signe de Schwosteck et hyperexcitabilité électrique), les rattachent à cette maladie. Mann rapporte le cas d'un enfant dont la pycnolepsie fut suivie d'un accès de tétanie sévère. Cette observation n'est cependant pas démonstrative. Les petits accès furent précédés d'une crise convulsive épileptique et la tétanie s'accompagnait d'un état mental de type « crépusculaire ». Il s'agit, comme l'indique Moreau, d'une de ces associations tétanie-épilepsie. Par ailleurs, Bonhoeffer et Klineberger, Klos et Ulmer démontrèrent que les symptômes de la spasmophilie ne sont pas constants dans la pycnolepsie. Kochmann ne trouve chez ses pycnoleptiques aucune modification des réactions électriques. De plus, Aron signale la fréquence de l'hyperexcitabilité électrique et du signe du Schwosteck chez des enfants normaux d'âge scolaire. On ne peut donc s'appuyer sur la constatation de quelques symptômes spasmophiliques pour admettre que pycnolepsie et spasmophilie sont une seule et même affection. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire est plutôt en faveur de la nature épileptique de la pycnolepsie, et Romer a montré sa fréquence dans l'épilepsie. Nous savons combien fréquemment des convulsions étiquetées à tort spasmophiliques sont suivies ultérieurement de crises épileptiques incontestables (Marchand). On doit réserver le diagnostic de spasmophilie soit au syndrome d'insuffisance parathyroïdienne avec défaut d'utilisation des réserves alcalines, soit aux convulsions déterminées par l'alcalose et l'hypocalcémie. Nous ne trouvons aucune observation de pycnolepsie dans laquelle le diagnostic a été ainsi précisé.

La nature hystérique des accès pycnoleptiques a été soutenue, dès 1906, par Heilbronner qui les appelait « nombreuses petites attaques chez les enfants ». Il les considérait comme une forme monosymptomatique d'hystérie caractérisée par des absences. Il appuyait son opinion sur le fait que l'état des malades s'améliore par la suggestion et par l'isolement. Engelhardt, Stocker, Pohlisch, Lindelblatt, Bonhoeffer, Meyer défendent ensuite cette thèse ; Jelliffe reconnaît aussi qu'un apport psychogène peut parfois marquer le début des accès.

D'autres auteurs, sans aller jusqu'à désigner d'hystérique la pycnolepsie, insistent sur l'origine psychogène des accidents. C'est ainsi que Westphal note que la première crise serait souvent marquée par un choc émotionnel : attaque ou peur d'un chien (cas de Mann, Bolten, Stier, Pohlisch), une frayeur (Zappert, Pohlisch, Ratner), une opération douloureuse (Friedmann, Gruhle) ; des accidents sans importance (chute de voiture, de bicyclette, de balançoire (Mann, Friedmann, Engelhardt, Pohlisch), remontrances sévères des parents ou des maîtres ; les accès peuvent même chez certains sujets être déclenchés par un simple état émotionnel léger, par exemple au moment où l'enfant doit réciter une leçon, aller au tableau (Engelhardt, Pohlisch, Friedmann). Pour Rohde, la reproduction des attaques serait d'ordre réactionnel ou de défense, souvent provoquée par des représentations érotiques. L'évolution favorable de la maladie sous l'influence d'un séjour à la campagne, de l'isolement, de la psychothérapie paraît un facteur important en faveur de la théorie psychogène. Westphal, tout en notant l'instabilité vaso-motrice des pycnoleptiques, insiste sur la réduction des attaques après avoir eu recours à la psychanalyse et à la mise en évidence de conflits de mésentente, de discorde. D'après lui, l'obnubilation de la conscience serait un moyen de défense comparable aux réflexes de défense (paralysie motrice, troubles vaso-moteurs) que l'on observe chez certains animaux sous l'influence de la menace ou d'un danger imminent. Benjamin et Hints soutiennent que les crises pycnoleptiques doivent être considérées comme « un réflexe de mort », une réaction de « parade » au moment de situations désagréables et pénibles. Que le choc créé par une émotion puisse avoir une action dans le déclenchement de certaines crises, le fait paraît indéniable, mais il faut reconnaître que les cas dans lesquels cette cause est notée sont très restreints par rapport à ceux très nombreux dans lesquels les accès apparaissent sans cause apparente. Quant à l'hystérie, ses manifestations sont extrêmement rares chez les enfants avant l'âge de la puberté et les cas de pycnolepsie dans lesquels la psychothérapie agit sont exceptionnels (Ziehen).

La question des rapports de la pycnolepsie avec l'épilepsie a été et reste toujours la plus importante parmi les discussions pathogéniques. Les uns considèrent que la pycnolepsie n'a rien à voir avec l'épilepsie, d'autres admettent des cas particuliers de pycnolepsie épileptique. Un grand nombre enfin font rentrer la pycnolepsie dans le vaste champ de l'épilepsie et la présentent comme une forme particulière de la comitialité infantile.

Voici, d'après Goldflamm, les caractères différentiels concernant ces deux maladies : 1° Dans la pycnolepsie le début est brusque, les accès ont un développement, une fréquence, une intensité maximum d'emblée ; ces faits ne s'observent pas dans le petit mal ; 2° Il n'y a aucune tendance à l'apparition de manifestations convulsives dans la pycnolepsie ; 3° La réaction pupillaire est intacte et l'intégrité du psychisme est la règle ; 4° La régression spontanée et le retour à la vie normale se produisent à la puberté; 5° Les accès pycnoleptiques ne surviennent pas la nuit, et les attaques ne débutent pas à la puberté comme cela est fréquent dans le petit mal ; 6° Les caractères héréditaires du type épileptique manquent ; 7° On n'observe pas, dans les accès épileptiques, la monotonie et la stéréotypie qui caractérisent les accès pycnoleptiques.

Ce tableau n'épuise d'ailleurs pas tous les signes différentiels invoqués tels que la conscience partielle pendant les crises pycnoleptiques, l'absence de morsure de la langue, d'urination involontaire, de chute avec blessure, d'amnésie consécutive, l'inactivité du traitement antiépileptique.

Le comportement des enfants pycnoleptiques serait particulier. D'après Homburger, Mautz et Bumke, il s'agit d'enfants éveillés et aimables, vifs et intelligents, ne présentant aucune des caractéristiques du caractère épileptique. Pour Rhode les pycnoleptiques sont des malades à vie tranquille, à l' « esprit bonasse » et sans fantaisie, à la compréhension rapide, plus sensitifs qu'intellectuels, ayant une vie terne et sans histoire, laisant apercevoir une infériorité psychopathique latente. Il s'agit souvent d'enfants uniques trop gâtés, vivant dans une ambiance familiale défavorable. Ce qui nous paraît plus fréquent et plus caractéristique, c'est la brusque et rapide fatigabilité cérébrale que l'on peut mettre en évidence chez ces petits malades par l'emploi des tests, fatigabilité que l'on note également dans l'épilepsie, comme le fait remarquer Braün.

En réalité, aucun des signes donnés comme différentiels n'est constant. Il existe de nombreuses formes atypiques de pycnolepsie. Par contre, on observe dans des cas d'épilepsie infantile évidente, au cours ou en dehors des crises typiques, des accidents qui rappellent la maladie de Friedmann. L'absence n'est caractérisée que par une suspension brusque des fonctions psychiques supérieures d'une durée d'une à trois secondes avec conservation parfois de l'activité automatique. Au cours de cet accident la conscience est souvent conservée, les malades en font la remarque eux-mêmes. Il s'agit d'un simple arrêt de la pensée ou de la parole et le malade reprend le cours de ses idées au point où elles étaient suspendues. La chute brutale, la morsure de la langue et l'urination involontaire font généralement défaut. Tout se réduit à une pose de l'idéation. Quant à l'affaiblissement intellectuel, il est loin d'être fréquent. Ainsi chez de tels malades, le seul signe différentiel en faveur de la pycnolepsie serait la fréquence journalière des accidents, signe tout à fait insuffisant.

D'après les nombreux cas de pycnolepsie publiés, la guérison définitive à la puberté est plutôt rare. D'ailleurs cette constatation n'est pas suffisante pour établir un diag-

nostic rétrospectif de pycnolepsie comme le demandent Brain et Strauss. Il s'agit le plus souvent d'une rémission; les accidents reparaissent après une suspension variable comme durée, et c'est le diagnostic d'épilepsie qui est alors posé.

Dans d'autres cas, le passage de la pycnolepsie à la comitialité se fait sans interruption plus ou moins longtemps après le début de la maladie ; il est signalé sept ans après l'apparition des premières crises pycnoleptiques dans un tiers des cas de Rosenthal, douze et quinze ans plus tard dans deux observations de Bolten. Une observation de Friedmann lui-même est intéressante à rapporter. Il s'agit d'un malade qui présenta depuis l'âge de huit ans des petites absences suivies d'amnésie et parfois de mictions involontaires. A l'âge de douze ans, l'enfant fit trois grandes crises épileptiques à quelques semaines d'intervalle, puis les crises disparurent de onze à vingt-deux ans. Comme le fait remarquer Rosenthal, si l'on suit les malades pendant un grand nombre d'années, on se rend compte que les statistiques varient considérablement. Le nombre des cas considérés comme guéris diminuent aux dépens des cas transformés en épilepsie. Dans sa statistique de 1927, les cas guéris étaient de 37 % ; ce chiffre tombe à 27,8 % en 1933. Par contre le nombre des cas devenus défavorables passe de 28,6 % à 44,4 %. Il est curieux de voir que parmi les huit cas rapportés par Mme Sauer, un des défenseurs de la pycnolepsie entité morbide, 5 des 6 cas suivis ultérieurement par Jansen, devinrent épileptiques après la puberté.

Dans les deux observations suivantes, les crises, après avoir revêtu pendant plusieurs années la forme d'absences pycnoleptiques très courtes et très nombreuses prirent plus tard les caractères nets des crises d'épilepsie.

Obs. I. — Mlle Ga... est âgée de 17 ans. Née à terme. Développement normal. Maladies infantiles banales. Réglée à 13 ans, puis irrégulièrement. Père et mère bien portants. Un frère bien portant. Début des troubles à l'âge de 9 ans. Ils se caractérisent par des absences de courte durée de quelques secondes à une demi-minute, au nombre d'une vingtaine en moyenne par jour. Pendant les troubles, la malade s'arrête, les yeux restent fixes ; aucun changement de coloration du visage. Parfois, la malade perd conscience ; d'autres fois, elle se rend compte de ce qui se passe autour d'elle, mais elle ne peut pas réagir. Pas de morsure de la langue, pas de perte des urines, pas de mouvements involontaires.

Les accidents progressent jusqu'à l'âge de 11 ans et surviennent jusqu'à 100 fois par jour ; c'est alors qu'apparaissent des crises convulsives caractérisées par des mouvements toniques et cloniques à prédominance droite ; la perte de conscience est totale; pas de morsure de la langue, ni d'émission d'urine. Au réveil, amnésie complète. Les absences diminuent de nombre pendant 3 ou 4 jours après les crises convulsives qui surviennent une fois par mois en moyenne.

Au point de vue psychique, débilité intellectuelle prononcée. Actuellement enceinte Ga... ne paraît pas se rendre compte de l'importance de son état, se désintéresse de l'avenir.

L'examen neurologique et somatique ne montre rien d'anormal. Embonpoint excessif.

Obs. II. — Vio..., André, est âgé de 17 ans. Antécédents héréditaires très chargés. Né à terme (accouchement par césarienne). Développement physique normal. Pas d'énurésie. Pas de terreurs nocturnes, ni de somnambulisme. Vio... a été atteint des maladies banales de l'enfance. Il a obtenu son certificat d'études à 13 ans et son brevet à 17 ans. Il présente fréquemment des colères brusques pour des raisons futiles.

A l'âge de 7 ans, il est mordu par un chien au niveau de la jambe. L'émotion fut d'autant plus marquée que l'accident fut plus soudain. La plaie fut rapidement guérie. Le chien examiné à l'Institut Pasteur fut considéré comme un chien normal. Quinze jours après, le malade présente pour la première fois « ses troubles ». Ils se caractérisent par un arrêt dans la marche et par une déviation des yeux de gauche à droite. Ils sont parfois précédés d'un cri et accompagnés de pâleur de la face ; ils sont d'une fréquence de 20 à 30 par jour. Pendant les crises, le malade est présent et après l'accident il se souvient de tout ce qui s'est passé autour de lui.

A partir de l'âge de 11 ans, et 6 fois depuis cette époque, il a présenté, en plus des absences des crises plus complexes avec déviation de la tête de gauche à droite et perte de conscience suivie d'hébétude et de somnolence. Les absences sont restées très fréquentes, au nombre de 30 à 40 par jour.

Il y a un mois, et pour la première fois, étant à table, il s'est levé brusquement, laissa tomber sa fourchette, présenta des mouvements grimaçants de la face et une raideur des extrémités, ainsi que des mouvements de la tête. Pendant la crise, inconscience complète qui a duré une douzaine de minutes. Pas d'urination, ni de morsure de la langue.

L'examen neurologique montre des réflexes ostéotendineux normaux. Tremblement léger de la langue. Enophtalmie et strabisme convergent léger. Les pupilles réagissent bien à la lumière. Le B. W. est négatif dans le sang.

Traité par le rutonal et le tartrate-borico-potassique, les absences sont devenues moins fréquentes.

Un examen électroencéphalographique a été pratiqué au laboratoire de pathologie générale de la Faculté de Médecine de Paris, par MM. le Prof. Baudouin et Fischgold qui ont eu l'obligeance de nous remettre les conclusions suivantes :

« L'enregistrement des crises oculogyres, accompagnées ou non de perte de conscience montre un tracé typique pour les crises épileptiques de petit mal.

Le traitement gardénalique, diminue le nombre des crises oculogyres et rend normal l'E. E. G. enregistré pendant la période intercalaire.

La suppression du traitement gardénalique favorise l'éclosion des crises cliniques mais, en plus, le tracé devient anormal à l'état infraclinique. »

Chez le sujet qui fait l'objet de l'observation suivante, nous avons rattaché les accidents à l'épilepsie quoique l'affection ne se traduise cliniquement que par des absences très nombreuses. On note en effet ces troubles avec les mêmes caractères chez des individus qui présentent des crises épileptiques classiques ; chez d'autres, les mêmes accidents se présentent pendant un certain temps comme première manifestation de l'épilepsie et les crises convulsives surviennent plus tard. Chez ce sujet, contrairement aux caractères attribués tout d'abord à la pycnolepsie, les absences ne se sont pas suspendues à l'âge de la puberté et l'état mental s'est altéré.

Obs. III. — Fri... est âgé de 18 ans. Aucune tare héréditaire à noter. Il est né à terme et s'est développé normalement. Caractère très doux et sensible.

Les troubles actuels ont débuté à l'âge de 7 ans ; ils n'ont pas été précédés par une modification du psychisme. Ils débutent brusquement. Ils se caractérisent par de légers mouvements des bras en « battements d'ailes » et une légère inclinaison de la tête vers la gauche. Les yeux sont soit fixes, soit révulsés vers le haut. La conscience est obnubilée. On ne note ni aura, ni cri initial. Pas de changement dans la coloration du visage. Pas de morsures de la langue, ni de miction involontaire. Les troubles sont surtout fréquents le matin au réveil, ils sont d'une durée de 5 à 10 secondes et se reproduisent 30 à 40 fois dans la journée. Fri... présente parfois des accidents sans mouvements qu'il appelle « ses distractions ». Il est alors conscient et remarque ce qui se dit et se fait autour de lui. Lorsqu'il marche, il s'arrête ; d'autres fois, cependant, il peut continuer à marcher. Les accès sont devenus moins fréquents à mesure qu'il a grandi. Actuellement, il en a encore une dizaine par jour. L'état mental a légèrement varié depuis le début des troubles. La compréhension est devenue un peu lente.

Le traitement par le bromure et le gardénal n'a amené aucune amélioration.

L'examen neurologique, le B. W. dans le sang, la P. L. et une radio du crâne ne montrèrent rien d'anormal.

Dans d'autres cas le diagnostic d'épilepsie s'impose parce que des crises convulsives ont été constatées plus ou moins longtemps avant que se constitue le syndrome pycnoleptique. Dans une des observations rapportées avec Bauer, il s'agit d'une jeune fille qui est atteinte de crises convulsives de l'âge de 18 mois à 4 ans. Les accidents se suspendent de 4 ans à 9 ans. A cet âge, apparition d'absences dont la fréquence est d'une vingtaine par jour et la durée de une à deux secondes. A l'âge de 11 ans, au cours d'un traitement au sulfarsénol, la malade a une crise comitiale classique. Les absences ne s'accompagnent d'aucune modification de l'état intellectuel et la malade obtient son certificat d'études à 13 ans. Sous l'influence d'un traitement au gardénal, les accidents disparaissent.

On ne peut baser un diagnostic différentiel entre pycnolepsie et épilepsie d'après les caractères mêmes des accidents considérés comme spéciaux à la pycnolepsie, tels que leur fréquence, leur brusquerie, leur monotonie, leur origine parfois psychogène ; de nombreux auteurs, entre

autres Bolten, Redlich, Rosenthal, Gluzmann et Copulsky, Bolten, Forster, Stöcker, Braun, Moreau, Bompard, Marchand y ont renoncé puisque ces particularités s'observent également dans l'épilepsie et surtout dans l'épilepsie infantile.

Dans la plupart des observations de pycnolepsie, divers symptômes communs avec les accidents épileptiques sont signalés tels que la perte de conscience, l'amnésie consécutive, la paresse ou la rigidité pupillaire, la présence de myoclonies, de spasmes, de crises oculogyres, de mouvements automatiques, l'incontinence d'urine, le sommeil post-paroxystique, l'automatisme ambulatoire, etc... Ajoutons que chez le sujet qui fait l'objet de notre deuxième observation, l'enregistrement électro encéphalographique des accidents a montré un tracé typique pour les crises épileptiques de petit mal. Sur 190 observations considérées comme des cas de pycnolepsie, Jelliffe prétend que 84 doivent être éliminées comme étant des cas d'épilepsie et avec Notkin il admet, à côté de la forme classique, une forme avec amnésie, rigidité des pupilles et relachement des sphincters, une forme avec mouvements involontaires, une forme nettement épileptique, réservant un groupe pour les cas inclassables. A noter enfin que chez les pycnoleptiques les tares héréditaires sont généralement semblables à celles des épileptiques.

Dans les deux cas suivants nous avons pu considérer les sujets comme atteints d'épilepsie en appuyant notre diagnostic sur les symptômes associés aux absences.

Le jeune homme que nous avons observé avec Delmont est âgé actuellement de 28 ans ; il est atteint, depuis l'âge de 7 ans et demi, de troubles présentant les caractères des accidents pycnoleptiques : attaques quotidiennes très fréquentes (20 à 25 par jour), identité et brièveté des absences consistant en une suspension de la pensée, de la parole, de la motilité volontaire avec déviation des yeux, sans chute, sans perte du tonus ; les crises sont uniquement diurnes ; aucune dégradation intellectuelle ; les traitements bromuré et gardénalique n'ont pour résultat que de diminuer la fréquence des troubles. Nous avons rattaché ces manifestations à l'épilepsie pour les raisons suivantes : l'affection a débuté après une infection grave chez un sujet dont les antécédents héréditaires sont très chargés. Certaines absences se compliquent d'automatisme ambulatoire et d'actes automatiques. Au cours d'une crise, on a noté l'émission d'urine.

Chez un autre de nos sujets, la première absence est survenue à l'âge de 10 ans ; le trouble s'est manifesté dès le début plusieurs fois par jour, il consiste en une suspension de la pensée avec légère inclination de la tête et du tronc d'une durée de quelques secondes. A l'âge de 21 ans, les absences se renouvellent plus de 40 fois par jour et parfois en séries. Le traitement au gardénal n'a aucune action. Ce jeune homme est intelligent et est élève d'une grande école de l'Etat. Dans ce cas, nous avons posé le diagnostic d'épilepsie en tenant compte des antécédents héréditaires chargés, de l'énurésie infantile tardive, des terreurs nocturnes et des troubles du caractère pendant l'enfance, de l'automatisme ambulatoire noté au cours d'une absence.

Le défaut d'action des traitements antiépileptiques dans la pycnolepsie a été aussi considéré comme un signe différentiel important avec l'épilepsie. C'est une remarque faite depuis longtemps que les absences épileptiques sont de tous les accidents comitiaux ceux qui résistent le plus à l'action du bromure et du gardénal. Nous voyons fréquemment des sujets chez lesquels les crises convulsives disparaissent rapidement par l'action du gardénal tandis que les absences persistent nombreuses, et cette constatation s'applique aussi aux accidents de l'épilepsie infantile (Kutzinski). Nous avons signalé plus haut que, dans quelques cas de pycnolepsie, le traitement bromuro-gardénalique a eu une action favorable.

Des considérations précédentes, il ressort que le syndrome pycnoleptique, tel qu'il a été décrit dans les premières publications, est extrêmement rare. Dans la plupart des cas rapportés ultérieurement, en raison de la présence de nombreux symptômes communs avec les accidents épileptiques, il peut être envisagé comme une forme comitiale infantile caractérisée par des absences très fréquentes et résistant généralement aux traitements antiépileptiques.

Il est rare que ce syndrome persiste sans modification chez l'adulte, mais le fait peut s'observer.

Quand les troubles se suspendent à la puberté, il est fréquent de les voir reparaître plus tard sous la forme de crises nettement épileptiques.

Leur pathogénie est obscure et soulève les mêmes problèmes que ceux de l'épilepsie en général.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 3 mars 1941

Le complexe globine-hématine. — M. Maurice Piettre. — Il semble logique d'admettre que l'oxyhémoglobine n'est pas une combinaison, mais bien plutôt un *complexe de deux colloïdes, à l'état de gel, dispersés l'un dans l'autre*, à la façon des solutions solides des alliages ; cela explique leur difficile séparation complète, et sans doute aussi, les propriétés spéciales de leur mélange. Il n'est pas exclu qu'au moment de la séparation, dans ces conditions expérimentales, l'un d'eux, l'hématine, en particulier, subisse des modifications secondaires (oxydation, polymérisation).

Ces résultats sont susceptibles d'ouvrir de nouveaux horizons sur les colloïdes biologiques et tout particulièrement sur leur association dans la constitution du protoplasma et de ses dérivés fonctionnels.

Séance du 10 mars 1941

La répartition des groupes sanguins dans le Sud-Ouest de la France. — M. Henri-V. Vallois expose les investigations faites sur 5.000 fiches correspondant à des individus d'origine, âge et sexe connus. Cette recherche systématique qui n'avait jamais été faite montre que les particularités sérologiques s'accroissent du Nord au Sud, et surtout de l'Est à l'Ouest. Elles atteignent leur maximum dans le bassin de l'Adour, dont la formule se classe complètement en dehors du type sanguin européen défini par Ottenberg. Les observations de M. Vallois montrent l'intérêt qu'aurait une recherche analogue des groupes sanguins dans toute la France.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 25 mars 1941

Notice. — M. Tiffeneau donne lecture d'une importante notice nécrologique sur M. Auguste Béhal.

La ration alimentaire et le travail cérébral. — MM. Léon Binet et Georges Duhamel (au nom de la Commission du Rationnement alimentaire). — Après avoir montré que le travail cérébral n'apparaît plus, de nos jours, comme le partage d'une très restreinte élite de savants et de lettrés, les rapporteurs résument les expériences physiologiques qui démontrent que ce travail détermine toujours une élévation nette des échanges respiratoires. Cette augmentation varie suivant le sexe et surtout, suivant l'intensité du travail effectué.

Que doit être la ration alimentaire du travailleur cérébral ?

Les comités scientifiques d'alimentation adoptent des chiffres qui varient entre 2.000 et 3.000 calories. Reste à souligner la qualité de cette ration alimentaire.

Les rapporteurs font un exposé scientifique de cette question et ils abordent successivement le rôle de l'œuf, de la viande, le rôle des préparations phosphatées, celui des vitamines et celui du café.

Le travailleur intellectuel ne saurait, sans péril, être considéré comme un être d'exception. Si le travail musculaire souffre des rigueurs du rationnement alimentaire, le travail cérébral en ressent aussi les effets, et c'est pourquoi toutes les formes de l'activité intellectuelle sont actuellement l'objet d'une sollicitude et d'une vigilance particulières.

MM. Lapicque, H. Vincent et Laignel-Lavastine insistent sur l'opportunité de l'exposé de M. Duhamel.

Diabète neurogène hypothalamique traumatique. — MM. F. Rathery, P. Froment et D. Bargeton, après avoir exposé la question du diabète hypothalamique, rapportent un cas indiscutable, ayant la valeur d'un fait expérimental, d'un diabète hypothalamique d'origine traumatique.

Ils concluent, d'une part, à la possibilité de diabète neurogène sans intervention de l'hypophyse, celle-ci ayant été enlevée avant l'éclosion du diabète, d'autre part, à l'existence certaine d'un diabète traumatique neurogène.

Remarques sur la carence du régime actuel en Phosphore, Calcium et Vitamine D. Besoins de l'organisme et apports de la ration. Mesures prophylactiques à envisager. — MM. H. Hinglais et M. Hinglais (Note présentée par le professeur Fourneau). — Les auteurs attirent l'attention sur la carence grave et soudaine qui résulte des restrictions actuelles au point de vue particulier du Phosphore, du Calcium et de la Vitamine D. Carence qui semble jusqu'ici être restée inaperçue.

Les auteurs rappellent que ces trois éléments forment un ensemble indissociable où la vitamine D ne peut d'aucune manière, et à quelque dose que ce soit, se substituer à la fraction minérale et remplir son rôle si la ration de base indispensable en phosphore et en calcium n'est pas elle-même amplement assurée.

Or, à l'inverse des autres éléments minéraux qui sont généralement nécessaires à faible dose, les besoins quotidiens de l'organisme en phosphore et en calcium sont quantitativement très grands. En outre, ils restent très importants pendant toute la durée de l'existence, et surtout pendant toute la durée de la croissance chez l'enfant et l'adolescent. Ils sont particulièrement grands, enfin, chez la femme enceinte et chez la nourrice.

Les auteurs montrent que les aliments usuels sont très pauvres en calcium et que seul le lait et ses dérivés consommés en grande quantité peuvent normalement couvrir ces besoins quotidiens. Dans la période actuelle, en l'absence de lait, le *déficit quotidien* de calcium de la ration, après l'âge de 6 ans, s'élève progressivement depuis 40 % environ jusqu'à 80 % chez l'adolescent en pleine croissance. Chez la femme enceinte et la nourrice le déficit atteint 75 %. Le déficit en vitamine D étant exactement du même ordre, les conséquences de cette situation sur le développement présent et futur du squelette et du système dentaire n'ont pas besoin d'être soulignés.

Action des vitamines B_1 et E sur l'excitabilité neuromusculaire chez l'animal en dehors de toute carence. — M. Chauchard (note présentée par M. Lapicque).

Election. — M. Urbain (du Muséum) est élu dans la section des membres libres.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 12 mars 1941

L'infection secondaire par le colibacille des abcès froids pelviens. — M. Huc. — M. Sorrel, rapporteur. — Dans trois cas, l'infection revêtit un aspect aigu à allure gangréneuse ; malgré l'aspect clinique, la guérison est possible. Dans deux autres cas, l'évolution fut plus traînante, mais une lymphorragie impressionnante emporta les deux malades.

Tumeur à myéloplaxes de l'articulation du genou. — M. Magnant. — M. Moulonguet rapporte cette observation où l'intervention montra qu'il s'agissait d'une tumeur pédiculée au dépens de la synoviale.

Le rétablissement de la continuité normale de l'intestin après résection étendue du rectum. Technique nouvelle par mobilisation du périnée. — MM. d'Allaines et A. Le Roy apportent leur statistique qui monte à 94 cas : 88 cancers et 6 rétrécissements. Les indications opératoires en cas de cancer furent poussées très loin ; les auteurs commencent toujours par une laparotomie exploratrice avec dérivation sous angulaire gauche.

Le second temps est effectué par voie sacrée ou abdomino-sacrée.

Ils estiment que l'on ne peut envisager un rétablissement de la continuité que si la tumeur siège à plus de 10 cm. de l'anus.

Pour rétablir la continuité, ils ont eu recours successivement à la technique de Cunéo, puis à l'invagination technique Hochenegg ; actuellement, ils font la suture bout à bout, canal anal conservé et extrémité du côlon abaissée ; les résultats fonctionnels sont excellents.

Pour éviter les désunions post-opératoires, les auteurs conseillent de sectionner le périnée antérieur pour le mobiliser, diminuer la traction sur le segment colique abaissé.

M. Sénèque a toujours eu des désunions soit partielles, soit totales ; dans cette dernière éventualité, il y a eu échec et persistance d'un anus sacré.

M. Moulonguet demande s'il n'est possible d'opérer par la technique de M. d'Allaines des tumeurs situées plus bas que 10 cm. au-dessus de l'anus.

M. J.-Ch. Bloch utilise la voie abdomino-périnéale ; la mobilisation du périnée antérieur est ainsi toute faite.

Le tubage gastrique à demeure par la sonde naso-pharyngienne au cours des iléus paralytiques. — MM. Soupault et Benassy.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 22 février 1941

Les acides gras et les lipides des ictériques au lendemain de la cholécystostomie. — MM. Et. Chabrol, R. Charonnat et J. Blanchard ont constaté que, au cours de l'ictère par obstruction cholédocienne, de l'ictère hémolytique et de la cirrhose ictérigène avec hépatite dégénérative, la cholécystostomie rend très vite, en l'espace de 48 heures, complètement négative la réaction sulfo-phospho-vomillique dans la bile fistulisée, cependant que le cholestérol et l'acide cholalique se maintiennent à un taux appréciable. La reprise de l'alimentation fait réapparaître les acides gras biliaires. Durant leur éclipse momentanée en aval du foie, le chiffre sanguin de ces acides reste remarquablement fixe.

La méthode de floculation, méthode générale de dosage des antigènes et des anticorps précipitants. — M. G. Ramon rappelle l'emploi actuellement adopté de façon universelle de la méthode qu'il a mise au point, en 1922, pour le dosage *in vitro* de l'antitoxine diphtérique et de l'antigène spécifique (toxine ou anatoxine). Elle repose sur le principe de la « floculation initiale » qui apparaît dans le mélange dans lequel la toxine et l'antitoxine spécifiques se sont mutuellement et aussi parfaitement que possible saturées. La méthode a été appliquée, dans la suite, au dosage de nombreux antigènes et de leurs anticorps respectifs. Elle peut être appliquée aussi à la détermination de la valeur des précipitines des substances protéiques non microbiennes, au dosage de l'antigène glucido-lipidique de Boivin, par exemple, et de son anticorps. C'est donc véritablement la méthode générale de dosage des antigènes et des anticorps précipitants.

Action de plusieurs sympathomimétiques parfait et imparfait sur les effets vasculaires de l'acétylcholine et de l'histamine. — MM. Bariéty et Mlle D. Kohler étudient l'influence exercée sur la vasodilatation acétylcholinique et histaminique par l'injection préalable de sympathomimétiques variés. Ces sympathomimétiques diminuent la vasodilatation acétylcholinique, tandis qu'ils augmentent la vasodilatation histaminique.

Action du perchlorate de propionylcholine sur l'appareil broncho-moteur. — MM. L. Binet et M. Burstein montrent que le perchlorate de propionylcholine manifeste sur la motricité bronchique un pouvoir nettement opposé à celui des dérivés de la choline antérieurement étudiés. Injecté à l'animal, il rend ce dernier insensible ou peu sensible à une injection d'histamine ou de carbamylcholine, corps développant normalement un spasme bronchique manifeste.

Phénomènes de dégénérescence dans les cultures de bacilles tuberculeux. — M. R. Laporte a observé la disparition progressive de l'acido-résistance des cultures de bacilles tuberculeux sous l'influence du vieillissement. Ce phénomène est surtout net pour les souches humaines et les variantes R des types bovin et aviaire. Il s'agit d'un véritable processus de dégénérescence ayant pour effet de libérer les granules endoplasmiques qui perdent, de ce fait, leur acido-résistance et leur gramo-

philie. Ces granules cyanophiles sont contenus dans une substance paraissant amorphe, peu chromophile, et également non acido-résistante (« ectoplasme » bacillaire de Legroux et Magrou). L'ensemble de cette fraction dépourvue d'acido-résistance s'accroît considérablement avec l'âge des cultures.

Sur la libération de particules non acido-résistantes par les cultures de bacilles tuberculeux mises en suspension dans une huile minérale. — MM. R. Laporte et J. Bretey ont centrifugé une émulsion de bacilles morts dans de l'huile de paraffine, longuement et à très grande vitesse (35.000 et 80.000 tours par minute). Ils ont ainsi séparé la masse bacillaire de l'huile, où reste en suspension, une multitude de fines particules, visibles à l'ultra-microscope et non acido-résistantes. Les propriétés tuberculigènes intenses que possède l'huile de paraffine tenant en suspension des bacilles tuberculeux morts pourraient être rattachées à la présence de ces fins granules cyanophiles libérés dans l'huile par les cultures broyées.

Nature et propriétés de la thromboplastine. — M. H. Létard a étudié la préparation et les propriétés des extraits thromboplastiques utilisables pour la détermination de la prothrombine par la méthode de Quiche. Il croit à une substance diastasique active reposant sur un support phospho-amino-lipide. Il a retrouvé et a pu doser cette substance dans la salive.

Etude expérimentale sur les variations du pouvoir pathogène du staphylocoque. — MM. R. Kourilsky et P. Mercier ont constaté chez l'homme une très grande différence entre le pouvoir pathogène local des souches de staphylocoques extraits des lésions cutanées et des fosses nasales antérieures. Or, chez le lapin, le tissu sous-cutané et cellulo-adipeux possède au maximum la propriété d'exalter le pouvoir pathogène du staphylocoque ; les injections intraviscérales donnent des résultats très variables suivant l'organe injecté.

Ces faits font comprendre pourquoi la staphylococcie est chez l'homme une infection avant tout tégumentaire et pourquoi, au cours d'une septicémie, les germes pathogènes ne s'implantent que dans certains organes alors qu'ils les traversent tous.

Recherches sur le chimiotactisme leucocytaire. Peut-on retirer, des tissus, des facteurs chimiques particuliers responsables de cet appel des leucocytes ? — M. A. Delaunay a injecté des autolysats de divers tissus normaux dans la peau de cobayes sains, les points d'injection étant excisés au bout de temps variables pour examen histologique. Les résultats n'indiquent pas l'existence dans les liquides injectés de facteurs chimiotactiques vis-à-vis des globules blancs : l'image histologique la plus couramment rencontrée peut parfois se retrouver après simple injection d'eau physiologique ou de tyrode. L'auteur ne se croit cependant pas en droit de conclure à l'absence de principes chimiotactiques dans les tissus normaux, et craint que la technique employée soit inapte à résoudre ce problème.

INFORMATIONS

(suite de la page 241)

Secrétariat général à la Santé. — Inspection de la santé. — M. le Dr Depierris, directeur du bureau d'hygiène de Bordeaux, est nommé médecin inspecteur de la santé de la Gironde.

— M. le Dr Porte, inspecteur départemental adjoint d'hygiène de Saône-et-Loire, est nommé médecin inspecteur de la santé de l'Aube.

— M. le Dr Romain, directeur de la deuxième circonscription sanitaire maritime, est nommé médecin inspecteur de la santé de la Manche, en remplacement de M. le Dr Salauze, appelé à d'autres fonctions.

— M. le Dr Cayla, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure, est nommé médecin inspecteur de la santé du Calvados, en remplacement de M. le Dr Lesbroussart, placé dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940.

— M. le Dr Leclaire, inspecteur adjoint départemental d'hygiène d'Ille-et-Vilaine, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur de la santé du Morbihan, en remplacement de M. le Dr Triollet, appelé à d'autres fonctions.

— Mme le Dr Claveau, directeur du bureau d'hygiène de Metz, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Rhône.

— Mlle le Dr Regnault, médecin inspecteur adjoint de la santé du Nord, est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Somme.

— M. le Dr Bernard est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Manche.

Sanatoriums. — Mlle le Dr Ulrich est nommée médecin adjoint, à titre temporaire, au sanatorium de la Chapelle-des-Pots (Charente-Inférieure).

Légion d'honneur. — Guerre. — *Chevalier.* — M. Lafay, médecin lieutenant au 72e d'artillerie (croix de guerre avec palme).

Académie de Médecine. — *Vacances de Pâques.* — L'Académie de Médecine ne se réunira pas le mardi de Pâques 15 avril.

Académie de Chirurgie. — *Vacances de Pâques.* — L'Académie de Chirurgie ne se réunira pas les 2, 9 et 16 avril.

Société Médicale des Hôpitaux. — *Vacances de Pâques.* — La Société médicale des Hôpitaux ne se réunira pas les 11, 18 et 25 avril prochain. Les séances reprendront le 2 mai 1941.

Société Française de Gynécologie. — Le Conseil d'administration pour 1941 est ainsi constitué :

Président : M. F. Jayle (Paris) ; *Vice-présidents :* MM. Binet (Nancy), Douay (Paris), Guyot (Bordeaux), L.-M. Pierra (Paris) ; *secrétaire général :* M. Maurice Fabre (Paris) ; *secrétaire adjoint, rédacteur en chef des comptes rendus :* M. Raoul Palmer (Paris); *trésorier :* Mme Meurs-Blatter (Paris) ; *Membres :* Mlle Blanchier (Paris), MM. E. Chauvin (Marseille), Cotte (Lyon), Jeanneney (Bordeaux), Meriel (Toulouse), Louis Michon (Lyon), Papillon (Paris), Paucot (Lille), Turpault (Paris), Violet (Lyon).

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — Chaire d'anatomie pathologique : *Cours de technique et de diagnostic.* — Le Professeur Roger Leroux, assisté du Dr Busser, chef des travaux, commencera ce cours le lundi 9 juin 1941, à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique, et le continuera tous les jours de semaine à la même heure.

Ce cours comprendra dix-huit séances consacrées, d'une part à la technique courante que les élèves effectueront sur des coupes qui leur seront fournies par le laboratoire ; d'autre part, à la lecture de ces coupes avec discussion des diagnostics. Les coupes resteront la propriété des élèves.

A la fin du cours, un certificat pourra être délivré sur demande aux auditeurs qui auront satisfait à une interrogation spéciale.

Droit d'inscription : 350 francs. Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 31 mai 1941 par le secrétariat de la Faculté de Médecine sur présentation d'une autorisation délivrée par le Dr Busser, chef des travaux (laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier B, 3e étage, tous les jours ouvrables de 10 heures à 12 heures, et de 14 heures à 18 heures).

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — Prof. M. Noël Fiessinger.

Cours pratique de physiothérapie et de radiologie clinique, au Service Central de Physiothérapie de l'Hôtel-Dieu, sous la direction du prof. Noël Fiessinger et du Dr Duhem, chef du service de physiothérapie, du lundi 21 avril au 13 mai 1941.

Programme. — Lundi 21 avril : Prof. Strohl : Bases physiques de l'électrothérapie. — Mardi 22 avril : Dr Dognon, agrégé : Bases physiques de la radiothérapie. — Mercredi 23 avril : Prof. Bénard : Rayons ultra-violets, étude bio-physiologique. — Jeudi 24 avril : Dr Duhem : Electro-diagnostic, climalyse et courants progressifs. — Vendredi 25 avril : Dr Duhem : Affections du neurone moteur périphérique. — Samedi 26 avril : Dr Arraud : Diathermie et ondes courtes. — Lundi 28 avril : Dr Arraud : Diathermo-coagulation. — Mardi 29 avril : Dr Moro : L'ionisation médicale. — Mercredi 30 avril : Dr Arraud : Physiothérapie en gynécologie. — Jeudi 1er mai : Dr Beaugrand : Chaleur et infra-rouges, hydrothérapie. — Vendredi 2 mai : Dr Moro : Radiologie du poumon. — Samedi 3 mai : Dr Moro : Radiologie du cœur et du médiastin. — Lundi 5 mai : Dr Lagarenne : Radiologie du tube digestif et du foie (1). — Mardi 6 mai : Dr Lagarenne : Radiologie du tube digestif et du foie (2). — Mercredi 7 mai : Dr Lagarenne : Radiologie du tube digestif et du foie (3). — Jeudi 8 mai : Dr Tailhefer : Thérapeutique des tumeurs malignes. — Vendredi 9 mai : Dr Richard : Radiothérapie pénétrante et ses applications. — Samedi 10 mai : Dr Richard : Radiothérapie semipénétrante et ses applications. — Lundi 12 mai : Dr Richard : Curiethérapie. — Mardi 13 mai : Dr Duhem : Les accidents de l'électricité.

Les cours auront lieu, le matin, à 10 heures, au Service Central de Physiothérapie de l'Hôtel-Dieu. Il sera délivré un certificat à la fin du cours ; le prix du cours est de 300 francs. L'inscription aura lieu au secrétariat de la Faculté (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 27-28. — 2-5 AVRIL 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — RÉPARTITION DANS LES SERVICES HOSPITALIERS DES INTERNES ET EXTERNES, POUR L'ANNÉE 1941-42. — Les internes ont été appelés cette semaine à choisir leurs places. Du 31 mars au 4 avril il a été procédé à ce choix à l'hôpital Laennec.

Les externes en premier choisiront leurs places le samedi 5 avril 1941, à 15 heures, également à l'hôpital Laennec.

Ils entreront en fonctions, comme les internes le 28 avril 1941.

— Les externes entreront en fonction le 12 mai 1941. La répartition des places aura lieu à 15 heures, à l'hôpital Laennec dans l'ordre suivant :

Externes terminant leur 6e année : Concours 1934 (non mobilisés) et 1933 (mobilisés), le vendredi 25 avril 1941.

Externes entrant effectivement en 6e année : Concours 1934 (mobilisés), le samedi 26 avril 1941.

Externes entrant effectivement en 6e année : Concours 1935 (non mobilisés), le lundi 28 avril 1941.

Externes entrant effectivement en 5e année : Concours 1935 (mobilisés), le mardi 29 avril 1941.

Externes entrant effectivement en 5e année : Concours 1936 (non mobilisés), le mercredi 30 avril 1941.

Externes entrant effectivement en 4e année : Concours 1936 (mobilisés), le jeudi 1er mai 1941.

Externes entrant effectivement en 4e année : Concours 1937 (non mobilisés), le vendredi 2 mai 1941.

Externes entrant effectivement en 3e année : Concours 1937 (mobilisés), le samedi 3 mai 1941.

Externes entrant effectivement en 3e année : Concours 1938 (non mobilisés), le lundi 5 mai 1941.

Externes entrant effectivement en 2e année : Concours 1938 (mobilisés), le mardi 6 mai 1941.

N.-B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— *MM. les Internes en médecine ayant terminé leur 4e année d'internat* et désirant obtenir une place d'interne à la prochaine répartition, sont invités à venir choisir les places restant vacantes, à l'hôpital Laennec, le lundi 7 avril 1941, à 15 heures.

La réforme des études médicales. — MM. les Professeurs Sergent et Lenormant ont été nommés membres de la Commission de réforme des études médicales.

M. le Professeur Sergent, président de l'Académie de Médecine a été nommé président de la Commission en remplacement de M. le Professeur Pierre Duval, décédé.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Liard, chef de travaux est chargé d'un cours complémentaire de physiologie.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Auguste, agrégé libre est provisoirement chargé de l'enseignement de l'hydrologie thérapeutique et climatologie pendant l'absence de M. Duhot, professeur, rapatrié et en traitement.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Ducuing, professeur, directeur du Centre régional anticancéreux, est admis à bénéficier, à dater du 22 février 1941, d'une pension à jouissance immédiate (article premier du décret du 24 janvier 1941).

Secrétariat général à la Santé. — MÉDECINS DE SANATORIUM. — Mlle le Dr Boudon, médecin directeur du sanatorium de Saint-Gobain (Aisne), est chargée, à titre temporaire, des fonctions de médecin directeur du sanatorium Fenaille, à Sévérac-le-Château (Aveyron).

M. le Dr Chognon, médecin directeur du sanatorium Fenaille, à Sévérac-le-Château (Aveyron), est affecté, à titre provisoire, en la même qualité, au sanatorium Marie-Mercier, à Tronget (Allier), en remplacement de M. le Dr Virmont, mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er mai 1941.

M. le Dr Virmont, médecin directeur du sanatorium Marie-Mercier, est mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er mai 1941.

M. le Dr Corre, médecin adjoint du sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), est nommé médecin adjoint au sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne), en remplacement de Mme le Dr Pouret, placée dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Fassou, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Marseille, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 1er avril 1941.

M. le Dr Rougean, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Saint-Lô, est affecté, en la même qualité, à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique de Cayssiols, en remplacement de M. le Dr Frey, appelé à d'autres fonctions (intérêt de service).

M. le Dr Usse, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 1er avril 1941.

Comité consultatif d'hygiène. — M. le Professeur Verge, professeur à l'école nationale vétérinaire d'Alfort, est nommé, pour trois ans, membre du comité consultatif d'hygiène de France (section d'épidémiologie). (*J. O.*, 26 mars 1941)

Guerre. — *Réserve.* — Sont nommés, avec leur grade, officiers de réserve à compter du jour de leur radiation des contrôles de l'armée active, MM. le médecin colonel Pernod et le médecin commandant Godard. (*J. O.*, 27 mars 1941.)

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Audoly a été nommé maire de Beausoleil (Alpes-Maritimes) ; M. le Professeur agrégé Guibal a été nommé adjoint au maire de Montpellier ; le Dr Marc Chevallier a été nommé adjoint au maire d'Aix-les-Bains ; le Dr Henri-Michel Béchet a été nommé adjoint au maire d'Avignon. (*J. O.*, 15 mars 1941.)

— M. le Dr Louis Simonin est nommé maire d'Orléans. M. le Dr François Schmitt est maintenu dans ses fonctions de maire de Nancy. M. le médecin colonel en retraite Léopold Robert est nommé adjoint au maire du Cannet (Alpes-Maritimes). (*J. O.*, 25 mars 1941.)

— M. le Dr Henri Roques est nommé adjoint au maire de Montauban. (*J. O.*, 26 mars 1941.)

— M. le Dr Raymond Bonnefous est maintenu dans ses fonctions de maire de Rodez. (*J. O.*, 27 mars 1941.)

Voir la suite des Informations, page 278.

Académie de Médecine. — Commissions de prix 1941 :

Prix généraux. — *Jansen* : MM. Champy, Levaditi, Binet, Claude, Sergent, Fiessinger, Goris, Rathery, Clerc, Ramon, Polonovski, Tiffeneau, Jolly, Lapicque.

Huchard, Bouchet-Renault : MM. Lœper, Binet, Ribadeau-Dumas, Bar, Lemierre.

Le Piez, Monbinne, Pannetier : MM. Ribadeau-Dumas, Lemaître, Veau, Lapicque, Ramon, Fiessinger, Laignel-Lavastine, Martel, Brumpt, Gougerot, Lereboullet.

Académie, Alvarenga, Hugo, Larrey, Martignoni : MM. Marfan, Binet, Sergent, Lereboullet, Martel, Lœper.

Desnos, Otterbourg : MM. Binet, Martel.

Médecine générale. — *Argut, Barbier, Daudet, Desportes, Dreyfous, Gueretin, Guzman, Hadot, Louis, Rebouleau* : MM. Lereboullet, Lœper, Rathery, Clerc, Pagniez, Vincent, Vallery-Radot. — Adjoints : MM. Brumpt, Lemierre.

Maladies de la nutrition. — *Cailleret, Dr Dragovitch, Ricaux* (diabète) : MM. Roger, Rathery, Lœper. — Adjoints : MM. Hartmann, Debré.

Neuro-psychiatrie. — *Civrieux, Day, Mme Dragovitch, Falret, Herpin* (Genève), *Lefèvre, Leveau, Lorquet* : MM. Rist, Lœper, Guillain, Claude, Laignel-Lavastine, Harvier. — Adjoints : MM. Lemierre, Vallery-Radot.

Dermatologie et maladies vénériennes. — *Fondation Anonyme, Ricord, Roussilhe* : MM. Lœper, Laubry, Milian, Gougerot, Fiessinger.

Anatomie pathologique. — *Helme, Mège, Portal, Saint-Lager* : MM. Roussy, Bezançon, Rathery, Fiessinger, Champy, Polonovski, Bénard.

Hygiène et maladies contagieuses. — *Clarens, Fournier, Guillaumet, A.-J. Martin, Vernois* : MM. Balthazard, Lereboullet, Lœper, Clerc, Gougerot, Lesné, Tanon, Vallery-Radot, Lemierre, Brumpt, Duhamel, Marchoux. — Adjoints : MM. Levaditi, Ombrédanne, Fiessinger, Marfan, Martel.

Tuberculose. — *Audiffred, Boggio, Ricaux* : MM. Rist, Ribadeau-Dumas, Bezançon, Sergent, Lesné, Lenormant, Lemierre. — Adjoint : M. Guérin.

Cancer. — *Berraute, Chevillon, Bruninghaus, Marmottan, Combe, B. Péan* : MM. Rathery, Rist, Roussy, Brumpt, Champy, Cunéo, Ombrédanne. — Adjoints : MM. Ch. Richet, Ramon, Hartmann, Gosset.

Chirurgie générale. — *Godard, Labbé, Laborie* : MM. Hartmann, Auvray, Gosset, Rouvillois, Cunéo, Ombrédanne, Marion, Lenormant, Lemaître, Grégoire Baumgartner, Veau, Rochon-Duvigneaud, Hautant. — Adjoint : M. Rouvière.

Obstétrique et gynécologie. — *Barthélemy, Jacquemier, Tarnier* : MM. Bar, Brindeau, Jeannin, Couvelaire, Lenormant. — Adjoint : M. Fiessinger.

Spécialités chirurgicales. — *Meynot, Redard* : MM. Ombrédanne, Rouvillois, Rochon-Duvigneaud.

Anatomie et physiologie. — *Gourceret, Pourat, Sée* : MM. Rouvière, Champy, Binet, Polonovski, Bénard.

Physique et chimie. — *Apostoli, Buignet* : MM. Strohl, Gautrelet, Binet, Polonovski, Bénard. — Adjoints : MM. Harvier, Vallery-Radot.

Médecine vétérinaire. — *Reynal* : MM. Barrier, Martel, Petit, Vallée, Brocq-Rousseu, Guérin. — Adjoint : M. Lœper.

Pharmacie. — *Demarle, Nativelle* : MM. Fourneau, Coutière, Perrot, Delépine, Radais, Bertrand, Bougault, Goris, Hérissey.

Eaux minérales. — *Capuron, Robin* : MM. Laignel-Lavastine, Rathery, Villaret, Tiffeneau, Polonovski, Delépine, Goris. — Adjoint : M. le Noir.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

GUÉRISON DES SEPTICÉMIES MÉDICALES PRIMITIVES A STREPTOCOQUES

Par le professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

Les *septicémies médicales primitives à streptocoques* s'installent d'emblée sans qu'on découvre de porte d'entrée appréciable, sauf, assez souvent, une rhino-pharyngite ou une angine discrètes. Cliniquement, elles se présentent comme des *maladies générales infectieuses primitives*.

Elles ne sont pas très rares. Peut-être le seraient-elles moins si la pratique des hémocultures dans les états infectieux était générale. Le seul moyen de les identifier est, en effet, la constatation des streptocoques dans le sang, de la *streptococcémie*.

On les rencontre à tous les *âges*. Chez les enfants, j'en ai observé cinq cas, qui ont été l'objet de leçons cliniques (1). Mes malades étaient quatre garçons, âgés de 13 mois, 6 ans, 9 ans, 13 ans, et une fille de 12 ans.

Les *symptômes*, les *formes cliniques*, l'*évolution* sont très divers. On peut distinguer :

1° Des *formes éphémères, transitoires, fugaces* ;

2° Des *formes suraiguës* ;

3° Des *formes aiguës* et *subaiguës*, qui sont les plus typiques.

Les *terminaisons* diffèrent suivant les cas. Tantôt la mort survient rapidement. Tantôt elle survient au bout de quinze à trente jours. Tantôt se produit une rémission : celle-ci peut être passagère et suivie d'une reprise qui aboutit à la mort ou bien se prolonge et l'affection passe à l'état subaigu ; ou bien elle est définitive et conduit à une guérison plus ou moins rapide.

Le *pronostic* est donc difficile à porter. Avec A. Lemierre et P. Deschamps (2) : « On se demande souvent si la mort n'est pas une question de quelques jours... ». Mais, même alors, les streptococcémies « sont susceptibles de se terminer assez rapidement par une guérison spontanée après avoir inspiré de grandes inquiétudes ».

L'*évolution* et la *terminaison* dépendent, pour une grande part, de la virulence des streptocoques, du terrain, et aussi de la thérapeutique mise en œuvre. Quand on analyse les observations, il n'est pas facile de faire la discrimination entre ces divers facteurs. En tout cas, quand l'hémoculture fait découvrir une streptococcémie, le médecin est légitimement préoccupé.

Sur les cinq enfants que j'ai observés, trois (60 %) sont *morts*, deux (40 %) ont *guéri*. Ce sont des garçons de 6 et de 13 ans.

Je vais parler des cas dans lesquels l'évolution a été favorable.

***

Jean est un exemple de la forme aiguë ou subaiguë.

C'est un enfant chétif, âgé de 6 ans et demi.

Le début de la maladie est mal précisé. Le 26 ou 27 mars 1926, on constate de la fièvre et une angine rouge.

La fièvre persiste ; la température atteint 40°. L'enfant est très abattu, très pâle, vomit le lait qu'il boit. Son état paraît grave. Il entre à l'hôpital le 2 avril, au septième ou huitième jour de la maladie.

(1) P. Nobécourt. *Clinique médicale des enfants. Maladies infectieuses*. Deuxième série. Masson et Cie, Paris, 1933. — X. A propos de deux cas de streptococcémie, dont l'un terminé par la guérison (1er mai 1926). — XI. Septicémies médicales à streptocoques chez les enfants (10 janvier 1931).

P. Nobécourt. Septicémie à streptocoques chez un garçon d'un an. Evolution favorable (8 février 1936). *Gazette des Hôpitaux*, 15 juillet 1936.

P. Nobécourt. Sur un garçon de 9 ans atteint d'une septicémie médicale à streptocoques. Considérations cliniques et thérapeutiques (28 janvier 1939). *Journal des Praticiens*, 3 juin 1939.

(2) A. Lemierre et P.-N. Deschamps. Les septicémies streptococciques. *Journal Médical Français*, avril 1926.

Jusqu'au 8 avril, la température présente de grandes oscillations : 36°4 à 38°1 le matin ; 40°5 à 41° le soir.

A l'entrée, le pouls est, le matin, de 126.

Le faciès est vultueux. Les ailes du nez sont animées de battements, la respiration est rapide. Le malade est très abattu, très prostré.

L'examen des viscères est à peu près négatif ; le foie et la rate sont un peu gros ; le amygdales sont grosses, plutôt pâles que rouges. On constate un léger Kernig, et une légère douleur à la pression des sciatiques poplités externes, derrière la tête des péronés ; mais le liquide céphalo-rachidien est normal.

Il s'agit, somme toute, d'une *maladie infectieuse sévère*, dont la nature ne peut être précisée.

Une hémoculture faite le 6 avril, le onzième ou douzième jour, nous apprend qu'il s'agit d'une *streptococcémie*. Le pronostic paraît très grave.

Le 8 avril, treizième ou quatorzième jour, ce pronostic paraît démenti par une *chute brusque de la température* qui, de 40°6 la veille au soir, tombe, le matin, à 35°8 et reste le soir, à 36°3.

Mais il ne s'agit que d'une *rémission*. Le 9 au matin, la température remonte à 39°4. Les jours suivants elle persiste, très irrégulière dans sa courbe, atteignant à plusieurs reprises, soit le soir soit le matin 40°6 ou 40°7.

Des éléments d'érythème polymorphe centrés par une petite vésicule blanchâtre, douloureuse à la pression, apparaissent. A l'examen du sang on constate une anémie légère (3.600.000 hématies par mm³), une valeur globulaire normale (0,90), de la leucopénie (3.800 leucocytes par mm³), de l'hypopolynucléose (49 polynucléaires neutrophiles pour 100 leucocytes).

C'est alors que nous commençons le traitement par un *autovaccin iodé*, préparé suivant la méthode de Ranque et Sénès, contenant environ 800 millions de germes par centimètre cube (1).

Nous injectons dans la matinée :

14 avril	0 cc. 25	
16	0 cc. 50	
18, 20, 22, 25, 29..........	1 cc.	chaque fois.

Au total, l'enfant reçoit 5 cc. 75 de vaccin en sept injections.

Le soir de la première injection (0 cc. 25), la température tombe à 36°8 ; mais le lendemain elle remonte à 40°6 le matin, 39°7 le soir.

Le 16, elle est de 37°, le matin, et, le soir, après la deuxième injection (0 cc. 50), elle reste à 36°6.

Le 17, et le matin du 18, l'apyrexie persiste.

Le soir du 18, après la troisième injection (1 cc.), la température remonte à 38°7.

Pendant le reste du traitement, il persiste un état fébrile, au-dessous de 38°. A partir du 26, la température ne dépasse plus 37°6.

Parallèlement, l'état général, qui était sévèrement affecté, s'améliore, la prostration disparaît, le poids augmente.

Jean quitte l'hôpital, le 26 mai, après deux mois de maladie. Il est en bonne voie de guérison, sinon guéri.

Nous le revoyons en juillet ; il est en bonne santé.

Chez Jean, la *bactériothérapie* paraît avoir eu une influence favorable sur l'évolution de la streptococcémie dont il était atteint. Il serait téméraire d'affirmer qu'elle est la cause de la guérison. Il est permis de penser, toutefois, qu'elle a été un adjuvent utile.

Il convient de remarquer les caractères spéciaux du streptocoque isolé du sang. Dans le bouillon ensemencé avec le sang, il se présente en courtes chaînettes, de 4 à 8 cocci, et en chaînettes plus longues ; les cocci sont arrondis ou ovalaires, prennent le Gram. L'inoculation à la souris d'un centimètre cube de ce bouillon la tue en vingt-quatre heures ; le sang du cœur donne des cultures du même coccus. Les colonies obtenues sur gélose-ascite

(1) P. Nobécourt, Ed. Pichon et Prétet. Sur un cas de streptococcémie traitée par l'auto-vaccin et terminée par guérison. *Société de Pédiatrie de Paris*, 18 mai 1926.

sont très fines, blanchâtres, translucides. La vitalité est faible ; le repiquage effectué le troisième jour ne donne pas de culture.

Ce coccus est dépourvu de capsule. Il est hémolytique et n'est pas solubilisé par la bile.

Ces propriétés permettent d'éliminer le pneumocoque et l'entérocoque. Il s'agit d'un *streptocoque hémolytique.*

Louis est atteint d'une forme a début aigu, a évolution subaiguë et de longue durée.

De 2 à 6 ans, il a de fréquentes poussées d'érythème ou d'urticaire. A 5 ans, nous le soignons pour un érythème scarlatiniforme. A 13 ans, il a une otite moyenne aiguë, qui guérit facilement.

Le 25 novembre 1930, à 13 ans 7 mois, il est pris de mal de gorge, de céphalée, de fièvre et bientôt d'une douleur de l'oreille droite. La température monte à 39°, et, le 28, la paracentèse du tympan évacue un peu de pus.

La température ne tombe pas. La fièvre n'est pas expliquée par l'otite.

Le 3 décembre, dans l'après-midi, survient un grand frisson et le thermomètre monte à 41°. Les jours suivants, la fièvre reste en plateau à 40-41° ; l'enfant a des épistaxis ; son coude droit devient douloureux et se tuméfie.

Le médecin pense à une fièvre typhoïde. Une hémoculture donne des *streptocoques* en chaînettes de 20 à 25 cocci, qui sont hémolytiques.

Le 7 décembre, quatre jours après le frisson, Louis entre à l'hôpital. Il est bien développé, mais très abattu, très déprimé.

La température se maintient autour de 40°. Le coude droit est très tuméfié ; la mobilisation et la pression, surtout dans les régions périarticulaires, sont douloureuses. Il existe une légère traînée de lymphangite à la région postéro-interne du bras. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire. Le pharynx est rouge : l'écoulement purulent de l'oreille est facile. Par ailleurs, l'examen ne révèle rien de particulier.

Deux hémocultures, le 9 et le 12 décembre, sixième et neuvième jours, sont négatives.

A partir du 12 décembre, neuvième jour de la maladie, la température s'abaisse lentement puis persiste entre 38° et 39°. A partir du 31, vingt-huitième jour de la maladie, elle reste à 37°6-37°8. Enfin, le 9 janvier 1931, trente-septième jour, elle tombe à 37°.

Pendant cette évolution, il ne se produit pas de modification notable de l'état général et du coude droit ; un placard érysipélatiforme apparaît à la face postérieure du bras droit ; à la cheville gauche s'installent rapidement des phénomènes analogues à ceux constatés au coude, avec une rougeur diffuse le long des gaines tandineuses.

Quand la température s'abaisse, l'état général s'améliore, les phénomènes inflammatoires du coude et de la cheville régressent légèrement. Puis la présence du pus devient évidente dans le coude droit et la cheville gauche : à l'incision du premier s'écoule beaucoup de pus ; une ponction retire du pus de la seconde.

A partir du 10 janvier, l'enfant reste apyrétique ; mais les suppurations persistent, avec, de temps en temps, des poussées aiguës accompagnées de fièvre.

Quand il quitte l'hôpital, le 12 mars, après trois mois et demi de maladie, Louis n'est pas guéri et présente encore un état fébrile.

Nous l'envoyons à Berck, où on le soigne, dit-on, pour ostéite. Six ans et demi après sa sortie de l'hôpital, le 30 décembre 1936, il m'écrit qu'il est guéri, qu'il marche presque normalement, et que son coude est à peu près normal. Il est alors âgé de 19 ans.

Somme toute, cette streptococcémie est survenue au cours d'une angine et d'une otite. Son début a été brusque. Pendant une première phase, la courbe thermique a ressemblé à celle d'une fièvre typhoïde : on peut parler d'une *septicémie streptococcique à forme typhoïde.* Des *arthrites* et *périarthrites suppurées* se sont installées d'une façon précoce ; les suppurations ont persisté pendant plus de trois mois ; au bout de six ans, la récupération fonctionnelle semble satisfaisante.

Louis est traité, à partir du sixième jour, par la *trypaflavine,* produit dérivé de l'acridine. Nous lui injectons dans les veines une solution à 2 % :

9 décembre ...... 0 gr. 05 de trypaflavine.
10 ...... 0 gr. 10 —
11, 13, 19, 21 ...... 0 gr. 15 chaque fois de trypaflavine.

Il reçoit au total, 0 gr. 75 de trypaflavine en six injections.

Le médicament est bien supporté.

Le 12 décembre, lendemain de la troisième injection, après que le malade a reçu 0 gr. 30 de trypaflavine en trois jours, la température tombe de 40°3, où elle se maintenait, à 39°3-39°8.

La quatrième, la cinquième, la sixième injections n'influencèrent pas la température.

Le traitement n'empêche pas la suppuration des arthrites.

L'action de la trypaflavine ne paraît pas évidente. Il est possible qu'elle ait eu une influence favorable, mais on ne peut l'affirmer.

L'observation d'un garçon de 12 ans et demi, publiée par Julien Huber, Florand et Duperrat (1), peut être rapprochée de celle de Louis. Il est atteint d'une *septicémie à streptocoques hémolytiques,* consécutive à une rhino-pharyngite. Le médecin pense à une *fièvre typhoïde* et, de fait, la courbe thermique ressemble à celle de cette maladie. L'enfant entre à l'hôpital le huitième jour. L'état s'aggrave. Le dixième jour, on constate une matité de la base droite du thorax ; les ponctions de la plèvre ne retirent pas de liquide. Il apparaît une *arthrite tibio-tarsienne* droite.

A partir du douzième jour, l'enfant prend quotidiennement 4 gr. de *para-amino-phényl-sulfamide* (1162 F). Cette dose est continuée jusqu'au trentième jour. Puis on donne 3 gr. par jour et enfin 2 gr. jusqu'au cinquante-quatrième jour.

L'état s'améliore. La fièvre s'abaisse en lysis ; à partir du trente-troisième jour la température reste au-dessous de 38°. Une pleurésie à liquide citrin, puis louche, contenant des streptocoques, qui a succédé à la congestion de la base, se résorbe. L'arthrite s'amende rapidement.

Le cinquante-sixième jour, l'enfant est apyrétique et paraît guéri.

On ne peut qu'être frappé, conclut Julien Huber, après l'administration de ce médicament, « de la coïncidence de son emploi et de la guérison inespérée du malade ». Mais, il ajoute « il est hors de doute qu'on a pu observer des cas de septicémies à streptocoques spontanément curables ».

Comme exemple de streptococcémie spontanément curable, je citerai l'observation de la fille de 11 ans, soignée par Jules Renault et Pierre-Paul Lévy (2).

Au cours d'une otite chronique à poussées successives, dans le pus de laquelle on trouve des streptocoques, cette fille est prise, un jour, de céphalée, de lassitude et a quelques vomissements.

Le huitième jour, sa température est de 40°2. Elle est très abattue, très pâle. Son état général est très affecté. Son foie et sa rate sont très gros.

La fièvre persiste avec de grandes oscillations. Le treizième jour, apparaît une *phlébite oblitérante de la saphène gauche,* quelques jours plus tard, une *phlébite non oblitérante de l'humérale droite.* L'enfant, à deux reprises, a de grands frissons.

Le quarantième jour, surviennent un grand frisson avec une température de 39°, des *arthrites fugaces* métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius droit.

(1) Julien Huber, Florand et Dupurrat. Septicémie à streptocoques hémolytiques, traitée exclusivement par la para-aminophénylsulfamide. Guérison. *Société de Pédiatrie de Paris,* 19 octobre 1937.

(2) Jules Renault et Pierre-Paul Lévy. Streptococcémie à localisations bénignes sur les veines et les petites articulations. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 20 décembre 1912.

Pendant cette évolution, la fièvre est très irrégulière, avec de grandes oscillations quotidiennes, dépassant 40° ; elle est entrecoupée de phases de rémission. Trois hémocultures ont donné du *streptococcus conglomeratus*.

Puis peu à peu, l'état général s'améliore. Le quarante-huitième jour, l'apyrexie s'installe. Finalement, l'enfant guérit.

Or, le *traitement a été purement symptomatique*.

***

En regard des malades qui guérissent, il faut considérer les observations de ceux qui meurent. J'ai vu mourir trois de mes malades.

Une fille de 12 ans est atteinte d'une *forme suraiguë* avec *syndrome hémorragique* sévère. L'hémoculture donne un *streptocoque hémolytique à longues chaînettes*. Le diagnostic bactériologique n'est porté que le neuvième jour. On fait alors une injection intra-veineuse de 20 cc. d'une solution à 2 % de *trypaflavine*, soit 0 gr. 40. L'enfant meurt quatre heures après.

Un bébé de 13 mois est atteint d'une *forme subaiguë*, secondaire à une infection rhino-pharyngée. Il entre à l'hôpital le quinzième jour. L'hémoculture donne des *streptocoques en chaînettes* : l'injection de la culture dans la peau de l'oreille du lapin ne donne pas d'érysipèle ; l'injection à la souris ne la tue pas.

Du dix-neuvième au vingt-sixième jour, nous faisons quatre injections intra-musculaires et sous-cutanées de *sérum antistreptococcique* de Vincent, au total 300 cc. La température s'abaisse, puis remonte le lendemain de la dernière injection.

A partir du vingt-quatrième jour, nous donnons par la bouche quotidiennement 0 gr. 80 de *carboxy-sulfamido-chrysoïdine* ou *rubiazol*, au total 9 gr. 60 en douze jours. La température reste à 38°-38°5, l'état général s'améliore. Puis la fièvre augmente, l'otite, qui existait depuis le début, s'aggrave et se complique de mastoïdite, un abcès lombaire apparaît. On trépane la mastoïde.

L'enfant meurt après deux mois et demi de maladie.

Un garçon de 9 ans est atteint d'une *forme aiguë*. L'hémoculture donne des *streptocoques hémolytiques* formés de chaînettes de 5 à 20 cocci, arrondis ou légèrement aplatis. Du onzième au vingtième jour, la malade ingère 39 grammes de *para-amino-phényl-sulfamide* ou *Néo-coccyl* (1162 F), puis les vingt-deuxième et vingt-troisième jours, encore 7 grammes. Il meurt le trentième jour.

***

En conclusion

Les streptococcémies présentent des symptômes, des évolutions, des terminaisons très diverses. La gravité de leurs manifestations peuvent inspirer de grandes inquiétudes et faire porter un pronostic très sévère, alors que le malade pourra guérir *spontanément*, ou à la suite de la thérapeutique instituée. Dans d'autres cas, cette même thérapeutique sera inefficace.

En 1926, A. Lemierre et P. N. Deschamps écrivaient, à propos de la *sérothérapie*, qu'il ne faut pas « avoir en elle une confiance aveugle », à propos de la *vaccinothérapie* que « quand elle a paru efficace, il s'agit peut-être « d'heureuses coïncidences ». La même année, je faisais des réserves de même ordre au sujet de cette médication.

En 1937, à la suite de la présentation du malade de Julien Huber à la *Société de Pédiatrie*, Marquézy s'exprime ainsi : « Quant aux septicémies à streptocoques, je ne veux pas nier qu'elles puissent être modifiées par la para-amino-phényl-sulfamide, mais cependant il faut être prudent. Nous avons tous vu guérir des streptococcémies avec hémoculture positive. Les traitements employés étaient bien différents ».

En 1939, à propos de mes malades, je disais : « Ces observations ne semblent pas témoigner d'une action curative bien active de ces médicaments dans les streptococcémies. Je ne veux pas dire qu'elles n'ont eu aucune influence; mais je dis que, chez nos malades, elles n'ont pas eu d'action évidente. On ne peut s'empêcher de penser que l'action favorable de ces médicaments est subordonnée, pour une grande part, à la virulence plus ou moins grande des streptocoques, qu'il est bien difficile d'apprécier expérimentalement ».

Ces réserves ne doivent pas entraîner l'abstention thérapeutique. Il ne faut pas, actuellement hésiter à prescrire les sulfamides dans les septicémies streptococciques. Mais elles n'ont pas, dans celles-ci, la même action incontestable que dans les méningites à méningocoques : celles-ci guérissent *par* les sulfamides. Pour le moment, disons seulement que celles-là peuvent guérir *avec* les sulfamides.



A PROPOS DE LA PÉRITONITE A PNEUMOCOQUES

Par M. J. Boudreaux

Récemment, dans ce journal (nos 19-20 de mars 1941), MM. Huriez et Paris, à propos d'un cas personnel heureusement guéri par le drainage chirurgical associé à une sulfamidothérapie intensive, insistaient sur la nécessité de recourir largement aux corps organo-soufrés dont l'efficacité n'est plus à démontrer dans les infections diplococciques.

Par ailleurs, ces auteurs regrettaient la modeste part occupée dans la littérature française par la chimiothérapie sulfamidée dans les péritonites aiguës. La publication de leur cas de pneumococcie péritonéale compterait parmi les tout premiers rapportés, puisque le travail récent de Ducastaing (*Journ. Chir.*, juillet 1939) ne fait pas mention de cette nouvelle thérapeutique.

Or, nous avons eu l'occasion, en novembre 1938, d'observer un cas de péritonite pneumococcique diffuse de l'adulte que nous traitâmes, à la fois, par drainage, sérothérapie et sulfamidothérapie. Malgré l'emploi de doses de Dagénan que nous tiendrions bien volontiers, aujourd'hui, pour trop timorées, cette thérapeutique n'est peut-être pas étrangère à la guérison de notre malade. Bien que quelques points de notre observation puissent prêter à discussion ou à controverse, nous la publions néanmoins, ne serait-ce que pour répondre au désir exprimé par MM. Huriez et Paris de voir s'enrichir la littérature consacrée à ce sujet.

Observation. — Mme Fr..., âgée de 27 ans, est admise d'urgence dans le service de notre Maître, M. le Prof. Gosset, le 8 novembre 1938 pour un syndrome péritonéal aigu.

L'interrogatoire nous apprend que cette malade, jusque-là bien portante, a été prise, deux jours auparavant, de douleurs abdominales diffuses péri-ombilicales, hypogastriques, d'intensité croissante. On note quelques vomissements. Pas de diarrhée.

A l'examen, nous nous trouvons en présence d'une jeune femme très abattue, au faciès légèrement vultueux, sans aucune vésicule d'herpès, à la respiration assez superficielle et rapide. Sa température est élevée (40°). Le pouls est en rapport.

La palpation de l'abdomen montre une sensibilité extrême de la fosse iliaque droite dans sa région basse. C'est là que prédomine la *douleur* spontanée et provoquée. Cette région est siège du maximum de *contracture*. Le toucher vaginal permet de sentir des culs de sacs souples et indolents.

Par ailleurs, les antécédents de la malade semblent devoir faire rejeter une origine génitale évidente à cette péritonite : pas de troubles des règles, pas de fausse couche ; mais on note quelques pertes peu abondantes depuis trois semaines. Bref, on pense avoir affaire à une appendicite sérieuse avec péritonite généralisée.

L'*intervention* est pratiquée immédiatement sous anesthésie au balsoforme. Une incision de M. Burney montre, après ouverture du péritoine, que les anses intestinales sont congestionnées, rouges, comme vernissées. L'appendice semble normal. Par contre, du pus crémeux, verdâtre et inodore, en assez faible quantité, baigne les anses. Il est plus abondant au voisinage de la cavité

pelvienne et une exploration de cette région montre une trompe droite congestionnée laissant sourdre une goutte de pus à l'embouchure de son pavillon. En raison des renseignements fournis par l'exploration de l'abdomen, on pense à une péritonite soit gonococcique, soit pneumococcique. On prélève aseptiquement du pus et l'on termine par une appendicectomie rapide. Un large drain est placé dans le Douglas.

Suites opératoires. — L'examen microscopique extemporané du pus ayant montré la présence de *pneumocoques* (d'ailleurs peu abondants), en plus d'un traitement post-opératoire énergique, nous établissons une *thérapeutique spécifique.*

Le premier jour, 50 cm³ de sérum antipneumococcique est injecté, mélangé au sérum physiologique. De plus, dès que la malade peut boire, nous lui faisons prendre 2 gr. 50 de Dagénan pendant quatre jours.

La fièvre tombe rapidement : 39° le deuxième jour ; 38° le troisième. L'apyrexie n'est complètement obtenue que le septième jour. On pratique l'aspiration du pus par le drain et vers le dixième jour on le supprime définitivement.

L'état général s'améliore rapidement et la convalescence semblait se poursuivre normalement quand survint, au vingtième jour, une double phlébite d'évolution sévère avec embolies multiples. Néanmoins, la malade se remit progressivement et sortit *guérie* du service, le 16 février 1939. A ce moment, l'état abdominal était parfait. Aucun signe d'infection génitale : annexes indolores, pas de pertes. On notait simplement une aménorrhée transitoire.

*
* *

Cette observation appelle quelques commentaires :

1) Du point de vue clinique, comme souvent, nous notons l'absence de symptômes de valeur : l'herpès, la diarrhée. Les signes de toxhémie semblaient l'emporter sur l'intensité des réactions locales, bien que la douleur et la contracture eussent été évidentes dans le quadrant inféro-droit de l'abdomen. Néanmoins notre malade n'était pas atteinte de lésions abdominales spécialement intenses : l'épanchement purulent n'était pas très abondant : telles sont les observations I, V, VI de Ducastaing, par exemple. Aussi la guérison ne doit-elle pas étonner.

2) La voie d'infection du péritoine nous semble, ici, particulièrement évidente : la présence d'une trompe congestionnée recélant une goutte de pus au niveau de son pavillon démontre la réalité de l'origine génitale sur laquelle on a tant insisté depuis Mac Cartney et Fraser. Par surcroît on retrouvait un passé récent de métrite légère, survenue sans raison apparente, cependant, qui semble bien être le relai indispensable, dans le cas particulier.

De toute façon, nos constatations opératoires laissaient place au doute quant à l'origine pneumococcique ou gonococcique de l'affection. Bien que les antécédents de cette malade eussent plutôt été contre cette dernière éventualité, seul l'examen direct du pus a permis le diagnostic précis, tout en révélant sa teneur microbienne atténuée (qui explique peut-être la rapidité de la défervescence malgré une thérapeutique spécifique qui nous semble aujourd'hui insuffisante.

3) Du point de vue thérapeutique, enfin, cette observation laisse place à discussion. Trois traitements ont été conjointement employés : le drainage chirurgical, la sérothérapie, la sulfamidothérapie.

Peut-être le simple drainage aurait-il suffi à lui seul, étant donnée la faible virulence du pus. C'est possible, mais non démontré.

Quant à la sérothérapie spécifique, elle a été peu abondante (50 cm³), insuffisante dans sa quantité et sa répétition pour que l'on puisse en tirer un argument sérieux. D'ailleurs, les auteurs ne reconnaissent-ils pas l'inconstance de son action?

Reste la sulfamidothérapie. Il est fort possible que son rôle ait été efficace dans l'amélioration rapide enregistrée chez notre malade. Nous l'avons employée conjointement avec la sérothérapie comme Teasdale (*Brit. Med. J.* 4092, 1939), avec cette différence que cet auteur administra 6 grammes de sulfamide de plus que nous. Il avait affaire, il est vrai, à une localisation infectieuse bien plus grave.

En ce qui concerne la dose de Dagénan administrée à notre malade, nous nous ferons le reproche d'avoir peut-être fait preuve de timidité. Aujourd'hui, mieux informés du maniement des sulfamides, nous donnerions d'emblée des doses plus fortes, au besoin par voie intramusculaire, tout comme l'on fait Huriez et Paris. Au lieu de 10 grammes, nous n'hésiterions pas à monter beaucoup plus haut, sans pour cela tomber dans l'excès inverse.

La malade de Huriez et Paris a parfaitement guéri après avoir absorbé 87 gr. 5 de Dagénan. Mais ces auteurs reconnaissent, eux-mêmes, que la dose fut bien trop forte et ils soulignent l'aspect clinique des réactions d'intolérance aux sulfamides qu'avait présentées cette malade.

Il n'en reste pas moins vrai que la sulfamidothérapie doit avoir, aujourd'hui, une large place dans le traitement de la péritonite à pneumocoque, à condition d'être, comme le soulignent heureusement Huriez et Paris « précoce, massive et parfaitement réfractée ».

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 2 mars. — 1° Jury : MM. Baudouin, Mathieu, Harvier, Justin-Besançon. — M. Motte. L'état du choc traumatique. — Mlle Oehmichen. Contribution à l'étude de la carcinose « miliaire » aiguë du poumon.

2° Jury : MM. Couvelaire, Fiessinger, Mondor, Portes. — M. Robey. Contribution à l'étude du prégnandiol.

Jeudi 3 avril. — Jury : MM. Lereboullet, Tanon, Lenormant, Velter. — M. Bolo. Occlusion intestinale secondaire aux interventions chirurgicales pour invagination intestinale aiguë du nourrisson. — M. Polliot. Essai sur l'horoptère. — Mme Ziller. Les centres d'élevage des nourrissons. Une réalisation : Le Centre d'élevage des Enfants Assistés du département de l'Yonne. — Mme David. Hygiène du vêtement.

Vendredi 4 avril. — Jury : MM. Lœper, Chiray, Aubertin, Sénèque. — M. Geffroy. Contribution à l'étude du liquide de jeûne et du liquide de sécrétion histaminique dans les ulcères gastro-duodénaux. — M. Vincent. Irradiation du cavum et du meso-pharynx. — M. Blondé. L'épreuve à l'acide hippurique.

REVUE DES THÈSES

Le rapport uréique hémato-urinaire de Cottet

Par M. G. Meyrat

(*Thèse de Genève 1940*, Imprimerie Albert Kundig, à Genève)

Parmi les nombreuses épreuves fonctionnelles rénales dont on dispose actuellement, l'une des dernières venues est le rapport uréique hémato-urinaire (abréviativement R U) que Jules Cottet a fait connaître en 1933. C'est à son étude que, sur le conseil de son Maître, le Professeur M. Roch, Meyrat a consacré sa thèse inaugurale.

Le R U consiste comme on sait, à établir le rapport entre le taux de l'urée dans le sang prélevé, le matin, à jeûn, et la quantité d'urée contenue dans toute l'urine émise pendant les 24 heures qui ont immédiatement précédé la prise de sang.

Variable suivant, d'une part, la valeur sécrétoire des reins et, d'autre part, suivant les quantités d'urée et d'eau excrétées dans les 24 heures, le R U mesure l'activité avec laquelle les reins fonctionnent dans des conditions connues d'excrétion uréique et aqueuse. D'après l'activité fonctionnelle ainsi mesurée, on peut évidemment évaluer la valeur sécrétoire des reins en tenant compte de ces excrétions. Normalement, le R U ne dépasse pas 2 pour une excrétion de 15 gr. d'urée dans 1.500 cm³ en 24 heures.

Meyrat a étudié le R U en l'utilisant dans 28 observations, dont 12 de néphrite chronique, concurremment avec l'épreuve de dilution et de concentration de Volhard, avec la phénol-sulfone phtaléine et avec l'épreuve de van Slyke, qu'il préfère à la constante d'Ambard. Dans la plupart de ces observations, ces épreuves ont été simultanément pratiquées à plusieurs reprises.

On trouve donc dans la thèse de Meyrat une importante documentation pour qui veut se faire une opinion sur la valeur de ces différentes épreuves. Celle qu'exprime l'auteur est nettement favorable au R U en ce qui concerne tant son exactitude, contrôlée par 7 autopsies, que sa sensibilité aux variations de la valeur sécrétoire rénale pendant l'évolution de la maladie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 1ᵉʳ avril 1941

Rapport. — M. Brocq-Rousseu dépose un rapport sur une demande en autorisation de sérum.

Rage. — MM. Remlinger et Bailly adressent une communication dans laquelle ils établissent que les chiens, naturellement réfractaires à la rage, ne transmettent pas l'immunité à leur descendance.

Les réactions de fixation du complément du sérum sanguin traité par l'oxygène ozonisé. — M. Gougerot présente une note de MM. Edouard Peyre et H. Boursaus. Ces auteurs démontrent qu'un sérum syphilitique à Bordet-Wassermann positif devient négatif après action d'oxygène ozonisé.

Préparation et titrage d'un sérum antivirus grippal. — MM. R. Dujarric de la Rivière et J. Chevé. — Dans ce travail, publié à la mémoire de M. le Dr A. Beclère, les auteurs indiquent dans quelles conditions ils ont préparé un sérum antigrippal en inoculant à un cheval et à une génisse du virus grippal (fragments de poumons de furets infectés avec une souche humaine de virus grippal).

Les auteurs donnent ensuite les résultats du titrage de ces sérums en présence de la souche homologue (virus français souche D. C.) et d'une souche hétérologue (souche américaine P. R. 8). Ces titrages, effectués chez la souris, ont donné, avec les deux souches, des résultats assez comparables (1/80 et 1/60).

Ces tentatives d'immunisation non plus avec les microbes mais avec les ultra-virus ont un caractère purement expérimental. Elles pourront, peut-être, comme le disait M. le Dr A. Beclère « servir de base scientifique à des essais de sérumthérapie de l'influenza » et aussi, sans doute, d'autres maladies à ultra-virus.

Election. — M. le Professeur Verne est élu membre titulaire dans la IVᵉ section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 19 mars 1941

Un cas d'aspiration continue au cours d'une occlusion. — MM. Capette et Béclère.

Perforation d'un ulcère pylorique chez un enfant de 10 ans. — M. A. Martin rapporte cette observation due à M. L. Bergouignan ; la perforation était le premier symptôme révélateur de l'ulcère.

Troubles tropho-névritiques du pied après fracture de jambe. — M. Huc. — M. Boppe fait un rapport sur ce travail qui a trait à des troubles tropho-névritiques qui peuvent venir compliquer des fractures de jambe ou du cou-de-pied même correctement réduites. Ces troubles sont dus tantôt à une compression du nerf tibial postérieur, tantôt à des troubles sympathiques. Souvent, il y a disparition de la semelle adipeuse plantaire qu'il faut refaire comme le propose M. Huc au moyen d'une greffe adipeuse.

La délimitation per-opératoire des envahissements néoplasiques. — M. R. Judet. — M. Wilmoth fait un rapport sur ce travail où l'on conseille l'utilisation systématique de l'ultropact pour étudier différents prélèvements faits à la périphérie des territoires ganglionnaires. Quatre observations sont apportées à l'appui de ces notions.

La gastrectomie large terminée par anastomose gastro-duodénale termino-terminale. — (Procédé de Péan.) — M. G. Leclerc croit que les difficultés du Péan siègent du côté duodénal ; il a utilisé neuf fois le procédé avec 3 morts dont une seule paraît due à la technique suivie. Les résultats fonctionnels sont satisfaisants ; on constate qu'il se produit un allongement de la 1ʳᵉ portion du duodénum.

M. Banzet a fait une trentaine de Péan ; ayant eu deux morts par lachage des sutures, il a renoncé à ce procédé.

Du drainage. — M. Ameline rapporte un protocole d'autopsie montrant nettement l'insuffisance du drainage utilisé dans ce cas. Il montre la difficulté d'un drainage prolongé et correct de la cavité péritonéale.

Notes sur la pleurotomie pour empyème. — M. J. Quenu estime qu'il faut intervenir au stade collecté de l'épanchement ; l'incision ne doit pas être faite systématiquement au point déclive du cul-de-sac, mais au point déclive de la collection. Le drain utilisé est le drain de R. Monod qui met à l'abri du pneumothorax ; le drainage à thorax fermé paraît, en effet, supérieur. M. Quénu utilise la technique de pleurotomie valvulaire décrite par Grégoire et Tourneix ; il a perfectionné le dispositif de drainage en utilisant une lame de caoutchouc présentant deux rouleaux à chaque extrémité. La gymnastique post-opératoire est très importante et M. Quénu présente un spiroscope très simple basé sur le principe de l'accordéon.

INFORMATIONS

(suite de la page 266)

Ministère de la Justice. — Administration pénitentiaire. — Sont nommés : M. le Dr Robert (J.-M.), médecin de la maison d'arrêt de Châlons-sur-Marne ; M. le Dr Verger (H.), médecin de la maison d'arrêt de Mâcon ; M. le Dr Mathieu, médecin de la maison d'arrêt de Moulins ; M. le Dr Jules Boyer, médecin de la maison d'arrêt de Carcassonne.

Préfecture de la Seine. — Par arrêté de M. Charles Magny, préfet de la Seine, en date du 16 mars 1941, M. le Dr Lebègue a été désigné comme membre titulaire de la 1re commission tripartite départementale de contrôle des soins gratuits aux victimes de la guerre.

Cadres du personnel des centres de l'éducation générale et sportive. — La loi du 21 mars 1941 portant création des centres de formation des cadres du secrétariat d'Etat à l'éducation et à la jeunesse prévoit un médecin dans le cadre du personnel du Centre national, et un médecin dans le cadre du personnel de chacun des Centres régionaux. (*J. O.*, 26 mars 1941.)

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres, Paris. — Professeur : M. Jean Troisier ; assistants : M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux et M. Brouet, agrégé.

Un cours théorique et pratique sur : *Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose* sera fait à la clinique de la tuberculose du *5 au 17 mai 1941*.

Les leçons théoriques auront lieu tous les jours de 14 h. 30 à 15 h. 30, à la salle des cours. Elles porteront sur la bactériologie générale du bacille, les races de bacilles, les méthodes d'identification appliquées à la clinique, les réactions tuberculiniques et leur appréciation, la valeur de l'examen hématologique, les modifications générales du métabolisme, la vaccination antituberculeuse.

Elles seront suivies de 15 heures 30 à 18 heures, de *travaux pratiques* sous la direction du Dr Henri Brocard, chef de laboratoire. Les assistants seront individuellement exercés à la pratique de la bacilloscopie directe, de l'homogénéisation, des cultures, des inoculations, à l'examen des biopsies, à la pratique de la sédimentation globulaire, à la mesure de la pression pleurale, à la recherche et à l'identification des pneumocoques et des agents des suppurations pleuro-pulmonaires.

Le nombre des auditeurs est limité à 10.

Les droits d'inscription sont fixés à 500 francs. Les inscriptions sont reçues à la Clinique de la Tuberculose les mardis, vendredis et samedis, de 10 heures à midi, par le Dr Brocard, et au secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Nécrologie

Nous apprenons avec une vive peine la mort de M. Boulanger, administrateur du *Concours Médical*. Sa longue expérience du journalisme lui avait permis de rendre les plus grands services, non seulement à son journal, mais à tous ses confrères de l'*Association de la Presse Médicale Française*, qui ont souvent pu apprécier sa grande obligeance et la justesse de ses vues.

Nous prions Mme Boulanger et sa fille, de bien vouloir agréer l'expression de nos très respectueuses condoléances et nous assurons nos excellents confrères du *Concours Médical* de notre vive sympathie.

— Dr Raynard, de Lyon.

— Dr Thévenon, de Saint-Chamond.

Renseignements

Licenciée en droit, dactylographe, diplôme infirmière, cherche place *secrétaire* auprès de médecin. Ecrire Mlle H. L., aux bureaux du journal.

LIVRES NOUVEAUX

Le drainage endo-cavitaire avec aspiration, par F. Dumarest, P. Brette, J. Germain et P. Laval. Un volume de 120 pages avec 28 figures (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications*, n° 26). Prix : 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'Ecole d'Hauteville dont le docteur Dumarest est l'animateur, publie dans ce petit livre les résultats de son expérience concernant cette nouvelle méthode.

Il ressort de cet exposé que l'aspiration endo-cavitaire ou application à une caverne tuberculeuse du traitement chirurgical du drainage, est appelée à devenir un auxiliaire précieux du traitement de certaines formes de tuberculose pulmonaire. Nous savons que ses résultats immédiats ne sont pas négligeables. En outre, elle ouvre à l'étude des cavernes, de leur réductibilité, des conditions de leur guérison, du rôle de la bronche de drainage, des possibilités inattendues. Elle révèle l'existence et fait apercevoir le rôle de certains poumons péri-cavitaires. Enfin, en rendant la caverne accessible à ce mode d'exploration direct et facile, qui est l'endoscopie, elle laisse espérer soit des investigations fécondes, soit des interventions possibles sur la paroi cavitaire elle-même ou sur la bronche de drainage.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 29-30. — 9-12 AVRIL 1941 | 114e ANNEE | Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — La consultation de médecine générale de l'hôpital Beaujon-Clichy est assurée par M. du Brun du Bois-Noir, médecin des hôpitaux, en remplacement de M. Hamburger, nommé chef de service à l'hôpital temporaire de la Cité Universitaire.

Faculté de Médecine de Paris. — Par arrêté, en date du 31 mars 1941, un congé de six mois, sans traitement, à compter du 1er avril 1941, est accordé à M. Chevassu, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Par arrêté, en date du 31 mars 1941, un congé de trois mois, avec demi-traitement, est accordé à M. Villaret, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, à compter du 1er avril 1941.

VACANCES DE PAQUES 1941. — Du dimanche 6 avril au dimanche 20 avril inclus. Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 21 avril au matin.

Secrétariat. — Le secrétariat sera fermé : du vendredi 11 avril inclus au mardi 15 avril inclus. En dehors de ces dates, il sera ouvert tous les jours, *mais seulement de midi à 15 heures.*

Bibliothèque. — La bibliothèque sera ouverte seulement : Les lundi 7, mardi 8, mercredi 9 avril 1941, de 14 à 17 heures. — Elle sera fermée : du jeudi 10 au dimanche 20 avril inclus. — Réouverture le 21 avril, à 13 h. 30.

EXAMENS DE FIN D'ANNÉE 1941. — *Troisième année.* — Pathologie expérimentale : Oral, 29 avril ; date d'affichage, 25 avril. — Parasitologie : Pratique, 3 juin ; oral, 3 juin ; date d'affichage, 30 mai. — Anatomie pathologique : Pratique, 10 juin ; oral, 11 juin ; date d'affichage, 7 juin. — Bactériologie : Pratique, 8 juillet ; oral, 9 juillet ; date d'affichage, 4 juillet.

Quatrième année. — Accouchements : Oral, 26 mai ; date d'affichage, 22 mai. — Pharmacologie : Pratique, 5 mai ; écrit, 1er, 2, 3 mai ; oral, 5 mai ; date d'affichage, 26 avril. — Médecine opératoire : Pratique, 21 avril ; date d'affichage, 4 avril. — Pathol.-chirurgicale : Oral, 16 juin ; date d'affichage, 11 juin. — Pathol.-médicale : Oral, 16 juin ; date d'affichage, 11 juin.

Cinquième année. — Médecine légale : Oral, 5 mai ; date d'affichage, 30 avril. — Hygiène : Oral, 3 juin ; date d'affichage, 29 mai.

Pharmacologie avec la quatrième année.

Les dates des épreuves de 1re et 2e années (AR et NR) seront affichées ultérieurement.

Faculté de Médecine de Toulouse. — Par arrêté, en date du 31 mars 1941, M. Camille Soula est rétabli dans ses fonctions de professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Toulouse à dater du 1er avril 1941.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Par arrêté, en date du 31 mars 1941, M. Abadie, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Bord[illegible] placé, à dater du 1er avril 1941, dans la position prévue par l'[illegible]le premier de la loi du 17 juillet 1940 et bénéficiera des dispositions de l'article 3 de cette loi. M. Abadie est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite à dater du 1er juillet 1940.

Ecole de Médecine de Nantes. — M. Maurice Brelet, professeur à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à pension de retraite, pour ancienneté d'âge et de services, à dater du 1er avril 1941.

Ecole de Médecine de Reims. — M. Buisson (J.-A.), professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Reims est relevé de ses fonctions en date du 1er avril 1941 et placé dans la position

prévue par l'article premier de la loi du 17 juillet 1940. M. Buisson est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite à la date du 1er juillet 1940.

Citation à l'ordre de la Nation. — Le Gouvernement cite à l'ordre de la Nation :

Le Dr Antoine (Albert-Georges), médecin de la santé publique à Menzel-Temime (Tunisie) ; jeune médecin d'une valeur professionnelle exceptionnelle. A fait preuve, dans les différents postes qui lui ont été confiés, d'un zèle et d'un dévouement incomparables. A su, dès sa libération du service militaire, à Ghardimaou, en 1936, puis à Menzel-Temime, depuis 1938, dans une des régions les plus impaludées de la Tunisie, organiser, en dépit de la précarité des moyens, un centre médical de premier ordre. A obtenu le maximum de rendement de son personnel qu'il galvanisait par son ardeur et son dévouement. A gagné la confiance des populations dans des conditions politiques particulièrement difficiles. A contracté le typhus au chevet de ses malades, en est mort le 7 mars 1941 après avoir continué de servir jusqu'à épuisement de ses forces.

Fait à Vichy, le 3 avril 1941. Ph. Pétain.

(*J. O.*, 4 avril 1941.)

Légion d'honneur. — Guerre. — *Officier.* — M. le Médecin Colonel Clavelin (Ch. H. C. J.), chirurgien consultant à la 7e armée (Croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 29 mars 1941.)

Médaille militaire. — M. Doussot, médecin auxiliaire du 57e régiment d'infanterie coloniale mixte sénégalais (Croix de guerre avec palme) ; M. Mechali, médecin auxiliaire de l'Ecole du service de santé militaire, médecin auxiliaire d'un bataillon d'infanterie (Croix de guerre avec palme) ; M. Racine, pharmacien auxiliaire au groupe sanitaire divisionnaire 68 (Croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 4 avril 1941.)

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Inspection de la Santé. — M. le Dr Thurel est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Charente.

M. le Dr de Kermabon est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé du Morbihan.

Médaille d'honneur des épidémies. — *La médaille d'argent des épidémies* a été décernée à : Mlle Forgerot (Madeleine), médecin directeur du bureau d'hygiène de Saint-Dizier (Haute-Marne); M. le Dr Dorochevsky (Nicolas), médecin de la santé publique à Bou-Arada (Tunisie), pour maladie grave contractée dans l'exercice de leurs fonctions. (*J. O.*, 28 mars 1914.)

Médaille d'or (à titre posthume). — M. le Dr Malmonte (à Carthage).

Médaille de vermeil. — M. le Dr Guillemin, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Nancy.

Médaille d'argent. — M. le Dr Bervet, médecin de l'hôpital civil de Bastia ; M. le Dr Diot, médecin de l'hôpital civil de Marrakech ; M. le Dr Mahieu, médecin-chef de la région de Meknès.

Médaille de bronze. — M. le Dr Mary, à Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse (Aude) ; Mlle Coen, externe des hôpitaux de Marseille ; M. Morel, interne à l'hôpital d'Arles ; Mlle Seillon, interne des hôpitaux de Marseille ; Mme Poirier, interne à l'hôpital d'Angoulême ; M. Manipond, interne des hospices civils de Vienne (Isère) ; M. Cornière, externe des [illegible] civils de Nantes ; M. le Dr Graillon, à Méru (Oise) ; [illegible], étudiant en médecine en traitement à l'hôpital de Clermont-Ferrand ; M. Debain, interne à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris ; Mlle Duchamp, externe à l'hôpital Saint-Louis, à Paris ; M. le Dr Naillat, à Paris ; M. Pardon, externe à l'hôpital Hérold, à Paris ; M. le Dr Rollet (Maurice), à Paris ; Mlle Rouget, interne à l'hôpital Trousseau, à Paris ; M. le Dr Beyrand, à Casablanca ; M. le Dr Escalle, à Fez ; M. le Dr Messerlin, à Rabat ; M. le Dr Marcel Sicart, à Tébourba (Tunisie).

(*J. O.*, 1er avril 1941).

Croix-Rouge. — Sont nommés membres du Comité central de la Croix-Rouge française :

Mlle d'Haussonville (S. S. B. M.).
Mme de Witt-Guizot (S. S. B. M.).
Mme Maurice de Wendel (A. D. F.).
Mme Ernest Carnot (A. D. F.).
Mme Saint-René-Taillandier (U. F. F.).
Mme la générale Huntziger (U. F. F.).

Hôpitaux psychiatriques. — Par arrêtés du 30 mars 1941, M. le Dr Ferdière, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Chezal-Benoît est affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, en remplacement de M. le Dr Usse, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Regis, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence, est affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'hôpital psychiatrique autonome de Marseille, en remplacement de M. le Dr Fassou, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Bargues (R.), médecin chef du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen, est placé dans la position prévue à l'article 7 de la loi du 3 octobre 1940, à compter du 20 décembre 1940. Il bénéficiera des dispositions de l'article premier du règlement d'administration publique en date du 26 décembre 1940.

M. le Dr Fretet, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Dun-sur-Auron est affecté, en la même qualité, au quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen, en remplacement de M. le Dr Bargues, placé dans la position prévue par la loi du 3 octobre 1940 portant statut des juifs.

M. le Dr Gardien, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Limoux, est nommé médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Chezal-Benoît, en remplacement de M. le Dr Ferdière.

Mme le Dr Gardien, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique de Limoux, est affectée, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Dun-sur-Auron, en remplacement de M. le Dr Fretet.

Sanatoriums. — Par arrêté du 29 mars 1941, M. le Dr Bertheau, médecin adjoint au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), est chargé, provisoirement, des fonctions de médecin directeur du sanatorium des Tilleroyes (Doubs), en remplacement de M. le Dr Thibaut.

Par arrêté du 30 mars 1941, M. le Dr Weigert, médecin adjoint au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), est placé dans la position prévue par la loi du 3 octobre 1940, à compter du 20 décembre 1940.

Bureaux d'hygiène. — Par arrêté du 29 mars 1941, M. le docteur Legrad, directeur du bureau d'hygiène de Cherbourg, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

(*J. O.*, 3 avril 1941.)

Voir la suite des Informations, page 301.

REVUE GENERALE

LES ENDOMÉTRIOMES

Par M. P. Rousset

L'endométriome est une tumeur observée chez la femme, essentiellement constituée d'éléments histologiques absolument identiques à ceux de l'endomètre : tubes glandulaires, tissu cytogène et même fibres musculaires lisses.

C'est une tumeur de siège divers : génitaux, extra génitaux, voir extra péritonéaux.

C'est une tumeur bénigne et cependant susceptible de récidive sur place, de greffe et d'essaimage à distance.

A. — Historique

C'est en 1893 et 1896 que Recklinghausen, à propos de localisations utérines, en fit la première étude précise, anatomique et histologique, alors qu'auparavant n'existaient que des publications isolées de Levret, Cruveilhier, Rokitansky en 1860. Recklinghausen leur donna le nom d'adénomyomes et émit sa théorie Wolfienne.

Les publications suivantes faisaient cas d'autres localisations recto-vaginales, péritonéales poussant les auteurs à invoquer une histogénèse différente.

Ainsi virent les travaux de Max Voigt en 1896, Cullen 1895, Kossman 1897, soutenant une théorie Mullerienne.

Les autres travaux qui prirent date sont ceux de T.-S. Cullen en 1908 qui proposa sa théorie de la propagation épithéliale.

Blain Bell, en 1912, fit adopter le terme d' « endométriome ».

En France, les premières publications sont celles de Jayle et Colin en 1901.

En 1925, Letulle, Tuffier, Lambert font la première étude française des endométriomes et dysembryoplasies utérines.

En 1926, à propos d'adénomyomes de l'espace recto-vaginal, Michon et Comte firent le point de la question.

Les travaux récents donnent aux endométriomes un regain d'actualité et mettent en évidence le double problème qui se pose à leur sujet.

1° Un problème d'ordre théorique et général : celui de leur pathogénie ;

2° Un problème d'ordre pratique et variable avec les diverses localisations : celui de leur traitement.

B. — Etiologie

Les endométriomes s'observent uniquement en période d'activité génitale de la femme, jamais avant la puberté, exceptionnellement après la ménopause. Ils paraissent surtout fréquents entre 40 et 45 ans.

Aucun antécédent spécial ne peut être retenu comme facteur occasionnel si ce n'est le fait assez peu significatif de fausses couches, curettages.

L'association avec d'autres affections gynécologiques est fréquente en particulier avec le fibrome utérin : et Gosset, sur 407 cas de fibromes publie 61 cas d'endométriomes.

L'assocation avec un cancer est signalée. Rockstroh, 15 cas sur 327 observations d'endométriome. Bergeret, un cas d'endométriome sténosant associé à un cancer rectal.

L'association de deux foyers utérin et péritonéal d'endométriome est fréquente, de même que l'association d'endométriome et d'hyperplasie de l'endomètre due à l'hyperfolliculinie.

La localisation élective de ces tumeurs est l'utérus mais les localisations moins fréquentes sont fort diverses.

Voici une statistique de la Salpétrière portant sur des endométriomes isolés :

Corps utérin	11 cas
Col utérin	2 cas
Ovaire utérin	7 cas
Lig. rond	2 cas
Rectum	1 cas
Côlon	1 cas
Cicatrice de laparotomie	1 cas

Ce tableau donne une idée de la fréquence relative des divers sièges. Ajoutons les 3 cas de la littérature mondiale d'endométriomes des membres, dont 2 du membre supérieur (Mavrath et Kramer, Mankin, Biebl).

Quel que soit leur siège les endométriomes présentent des caractères anatomiques et histologiques qui leur sont communs à tous.

C. — Anatomie et physio-pathologie

1. Macroscopiquement il s'agit d'une tumeur d'un volume rarement plus important que celui d'une orange, très souvent de dimensions moindres. Cette petite tumeur est de consistance ferme, de teinte blanc-rosée. Mais surtout ses limites sont imprécises, il n'y a pas de plan de clivage avec les tissus voisins qu'elle dissocie. C'est une tumeur non encapsulée.

A la coupe : La tranche est blanchâtre, d'aspect fibreux, maculée de plages claires et opaques, parsemée de petits kystes à contenu aqueux brunâtre.

2. L'examen histologique permet seul d'affirmer le diagnostic d'endométriome. On y retrouve, absolument typiques les éléments constitutifs de l'endomètre.

a) Les tubes glandulaires identiques à ceux de l'endomètre. De type tubulaire, ils sont formés par une seule rangée de cellules prismatiques hautes ciliées. Leur cavité qui ne renferme en général aucune sécrétion, est parfois dilatée, pseudokystique de contenu plus souvent hématique que muqueux.

b) Le tissu cytogène ou chorion est disposé autour de ces éléments épithéliaux. Il est formé comme dans l'endomètre normal de petites cellules à noyau central ovoïde, tramant entre elles un réseau dont les mailles serrées entourent les capillaires sanguins particulièrement nombreux.

c) Enfin disposés dans ce tissu, se retrouvent par place des *fibres musculaires lisses.*

A la périphérie du nodule on ne constate la présence d'aucun élément fibreux encapsulant. L'endométriome envahit les tissus voisins, mais l'envahissement se fait par infiltration, dissociation, il n'y a pas destruction cellulaire comme dans les tumeurs malignes.

3. Ce qui est encore remarquable dans l'endométriome c'est son évolution *histo-physiologique* synchrone de celle de l'endomètre normal.

Lors des périodes menstruelles, ces tumeurs augmentent de volume, sont le siège d'hémorragies et l'examen microscopique y révèle des modifications (raptus vasculaire, transudat hémorragique) identiques à celles de l'endomètre normal. Lahn leur décrit un aspect de stade prémenstruel avec début de desquamation.

Nous le verrons *la grossesse* entraîne une modification du chorion avec aspect décidual.

La ménopause s'accompagne d'une régression, d'un arrêt de développement de ces néoformations si spéciales.

La dégénérescence maligne exceptionnelle fut signalée par Cullen en 1908, Baltzer, 1929.

D. — Pathogénie

A. — Les théories dysembryoplosiques ne semblent plus présenter qu'un intérêt historique.

Théorie Wolfienne. Elle fut soutenue par Recklinghausen à propos d'endométriomes des cornes utérines. Le voisinage des canaux de Wolf, l'aspect des tubes glandulaires que l'auteur assimilait aux éléments glandulaires du méso néphros étaient les principaux arguments.

Théorie Mullerienne. Max Voigt, Kossman, en 1897, montrant l'erreur d'interprétation, soutinrent que les canaux de Muller, formant l'utérus, étaient seuls capables d'expliquer la formation de ces « utérus en miniature » que représente histologiquement l'endométriose.

Letulle, en 1925, reprit cette théorie.

En réalité, peut-être valable pour les localisations utérines, cette théorie reste insuffisante. De même ne peut-on donner qu'un intérêt secondaire à la théorie de de Snoo (ou des génitoblastes) à celle de Robinson pour qui il faut remonter à une dysenbryoplasie cœlomique.

D'après les théories acquises, c'est aux dépens d'éléments cellulaires adultes que se formeraient les endométriomes, soit par métaplasie,
soit par prolifération des cellules de l'endomètre qui seraient le point de départ de la néoformation.

Théories métaplasiques : Elles sont peu défendables.

a) Métaplasie péritonéale.

R. Meyer, en 1900, pense que, sous l'influence de facteurs inflammatoires ou endocriniens l'épithélium péritonéal à cellules plates pourrait évoluer en épithélium cylindrique cilié. A l'appui de leur thèse Meyer et Renisch ont montré, sur des coupes, la continuité tissulaire de deux éléments.

b) L'hétérotopie épithéliale fut invoquée.

c) La théorie folliculaire fut lancée par King, en 1931. Pour cet auteur, les cellules des kystes folliculaires de l'ovaire seraient susceptibles de métaplasie en cellules de type endométrial. La rupture de ces follicules expliquerait les greffes intrapéritonéales.

Théories endométriales : Ce sont les dernières venues.

Les *cellules de l'endomètre* seraient la source même, le point de départ des *endométriomes*. Mais le mécanisme des diverses localisations reste difficile à expliquer et l'on se trouve devant trois hypothèses :

a) Théorie de l'invasion épithéliale.

Emise par Cullen en 1897, elle vise surtout à expliquer *l'origine des endométriomes utérins.*

Cullen pensait que la prolifération des cellules de l'endomètre, leur évolution secondaire vers le myomètre expliquait l'endométriome. Sur 56 pièces d'endométriome, 55 fois il observa cette continuité des éléments cellulaires : véritables diverticules de l'endomètre. Haselhorst généralisa cette théorie aux endométriomes para utérins et même péritonéaux.

b) Théorie de la greffe de Sampson en 1922.

Les éléments épithéliaux de l'endomètre peuvent être libérés lors de la menstruation, lors de traumatisme utérin (curettage). Ainsi libérés, ils peuvent émigrer. Sampson pense que, le plus souvent, il y a reflux tubo-abdominal. Les éléments cellulaires peuvent se greffer sur le péritoine voir sur l'ovaire donnant lieu alors à des kystes goudrons (endométriomes de l'ovaire). La rupture de ces kystes peut être la cause de greffes secondaires sur le péritoine pelvi-abdominal.

Aschoff, Skibas, Lahn, Baer ont pu vérifier expérimentalement la possibilité d'un tel mécanisme. Les expériences de Jacobson sur la lapine, le Macacus Rhesus ; Katz, Szenes sur le cobaye, résolvent ce problème par l'affirmative formelle.

c) Théorie métastatique : Halban, 1924.

Les cellules de l'endomètre en proliférant de façon anormale (peut-être sous une influence hormonale) seraient susceptibles de pénétrer les lymphatiques utérins et de là, par un mécanisme de métastase, de se greffer en un point quelconque de l'organisme. Cette théorie, défendue par de nombreux auteurs, l'est aussi par Gricourof. La présence de cellules endométriales fut constatée dans les lymphatiques et ganglions pelviens. Mais reste à prouver leur migration, leur pouvoir de greffe à distance.

d) Sans émettre d'hypothèse, il est des faits de base que nous précisons.

1° Les cellules d'un endométriome peuvent se greffer et être cause de récidive *sur place* ou au voisinage de la tumeur.

2° L'endométriome subit, de toute évidence, l'action d'influences hormonales au même titre que la muqueuse utérine.

3° L'endométriome se rencontre surtout sur l'appareil génital, utérus, ovaire *et en période génitale active.*

4° L'endométriome est fréquemment associé à des néoformations utérines sur l'évolution desquelles la folliculine semble jouer un rôle capital : l'endométrose hyperfolliculinique (hyperplasie de l'endomètre, fausses métrites de Doleris).

Cette association est rencontrée dans 71 % des cas hyperplasie hyperfolliculinique par Jeffcotte et Petter, 70 % par Allen ; dans 28 cas sur 44 par Witherspoon.

Le rôle de la folliculine serait donc important?

Zaleski réussit à produire des endométriomes par injection de folliculine. Et Glaive a prouvé que la présence de folliculine est *indispensable* au développement des endométriomes.

E. — Etude anatomo-clinique des diverses localisations

Endométriomes utérins.

Ils représentent 35 % environ des cas observés.

Ils siègent uniquement sur le fond près des cornes utérines ou sur la paroi postérieure de l'utérus, jamais sur la paroi antérieure, rarement sur le col. Ils peuvent se développer vers l'endomètre (type polypeux) ou dans le myomètre.

La tumeur grossit, ne devient jamais très volumineuse et peut envahir les organes voisins ou être associée à une endométriose péritonéale de la vessie, du rectum.

Cliniquement.

Une femme de 40 ans est amenée à consulter pour des phénomènes d'allure subaiguë :

Des douleurs ayant pu débuter très tôt lors des premières menstruations d'abord peu violentes, ou bien d'apparition plus tardive, voir récente après un curettage, un accouchement.

Il peut s'agir d'une gêne, d'une impression de pesanteur continuelle ou a manifestation intermittente, paroxystique lors des règles. D'autrefois, extrêmement violentes obligeant la malade au repos.

Leur caractère essentiel est d'être absolument rythmées et exacerbées par les périodes menstruelles, survenant lors du premier ou deuxième jour, cédant totalement ou partiellement à la fin des règles, parfois plus tard, 10 jours après et plus.

Le siège de ces douleurs est aussi variable que leur intensité.

Douleurs abdominales, hypogastriques ou iliaques, pouvant prédominer d'un côté.

Douleurs pelviennes à retentissement vésical ou rectal ou même avec irradiations névralgiques dans les membres. Douleurs lombaires.

Dysparennie intermittente.

Des troubles menstruels constitués par des ménorragies de plus en plus importantes pouvant persister 10 à 15 jours.

Parfois ce sont des métrorragies peu abondantes de sang visqueux, brunâtre, intermittentes.

La stérilité enfin est fréquente chez ces femmes.

Ajoutons que l'état général est parfaitement conservé.

A l'examen gynécologique rien ne permet le diagnostic.

En effet, souvent cet examen est négatif, la néoformation de petit volume étant difficilement perçue et c'est un tableau de dysménorrhée essentielle... rebelle. Cotte doit à ses interventions systématiques dans ces cas, ses découvertes opératoires.

D'autrefois, on constate des lésions associées, déviations utérines, fibrome, lésion annexielle, auxquelles on rattache les troubles observés.

Il est exceptionnel de reconnaître une petite saillie utérine devenue douloureuse lors des règles et mettant sur la voie du diagnostic.

En principe donc, le diagnostic clinique n'est pas fait. Seule l'aggravation, la persistance des troubles, l'existence de lésions associées conduisent à une intervention et à un diagnostic opératoire.

Le traitement se trouve donc en fait être surtout chirurgical. Mais que doit être la sanction? Doit-on pratiquer une intervention minima ou une *hystérectomie conserva-*

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

trice ou totale avec ablation des annexes devant cette petite tumeur bénigne non encapsulée susceptible de récidive sur place, d'essaimage péritonéal dont la récidive semble favorisée *par l'activité ovarienne?*

Les partisans d'opinions opposées sont nombreux. Il est cependant logique de recourir à un traitement conservateur tout en tenant compte de l'âge, des lésions associées.

La radiothérapie qui ne peut être employée d'emblée, étant donné les difficultés du diagnostic, devient particulièrement indiquée en cas de récidive. A dose castrante elle amène l'arrêt de développement de la tumeur, la guérison des troubles fonctionnels.

Endométriose ovarienne

Elle fut l'objet de publications isolées de Brocq et Palmer, Mondor, Okinczyc, de la thèse de Tchijoff en 1936, de la publication de Cotte en 1938.

Cotte, sur 78 cas d'endométriose, trouva 23 cas d'endométriome de l'ovaire, soit 30 %.

Ces observations comprenaient 8 cas d'endométriome isolé de l'ovaire, 3 cas associés à une localisation péritonéale, 7 à une localisation utérine. 5 cas d'endométriome pelvienne diffuse avec localisation ovarienne.

Anatomiquement. Cotte leur donne trois aspects :

1° *Kyste hématique de l'ovaire* à contenu goudron ; « tout kyste hématique de l'ovaire est suspect d'endométriose ».

2° *Kystes nains* du volume d'une tête d'épingle farcissant un ovaire un peu gros et scléreux.

3° *Kyste ovarien* (endométrial) associé à l'endométriose génito pelvienne.

La clinique en est polymorphe.

Parfois ce sont *des accidents aigus*, analogues à ceux d'une appendicite pelvienne ou d'une grossesse extra-utérine compliquée. Ces cas sont rares. Caractérisé par une douleur vive, syncopale, de petites pertes sanglantes. Il s'agit en principe d'un accident de rupture du kyste.

D'autres fois, les accidents sont moins brutaux. Dysménorrhée au 2e-3e jour que ne calme aucun traitement médical, à l'examen parfois une petite masse annexielle.

D'autre fois la dysménorrhée s'accompagne de phénomènes à distance céphalée, vomissements.

Enfin 18 % des cas seraient absolument latents pour Seitz.

A l'examen, le diagnostic reste aussi difficile que dans la localisation utérine. Isolé, l'endométriome est, en fait, méconnu, associé à une rétroversion, un fibrome, même si la petite masse annexielle est perçue au toucher, ces lésions associées, plus manifestes, sont rendues responsables des accidents.

Même problème thérapeutique aussi.

1° La radiothérapie faute de diagnostic n'est pas pratiquée.

Et encore serait-elle souhaitable d'emblée?

2° Le traitement chirurgical sera-t-il conservateur ou non?

A la méthode radicale prônée par Okinczyc, Cotte oppose un traitement minima ne visant que la lésion et, pour lui, la castration reste unilatérale si l'endométriome n'intéresse qu'un ovaire, les récidives ne paraissent pas plus fréquentes.

L'endométriome des trompes

Cette localisation est beaucoup plus rare. Les premiers cas observés sont de Chiari, puis Schauta en 1888, sous le nom de Salpingitis isthmica nodosa.

Anatomiquement, il s'agit d'un épaississement localisé de la trompe parfois bien circonscrit en noisette de siège en règle isthmique au voisinage de l'insertion utérine.

A la coupe, on ne trouve plus de canal central mais une série de canalicules ou bien le canal tubaire existe mais s'y implantent des canaux multiples.

La symptomatologie peut être analogue à celle des formes utéro ovariennes décrites mais, comme l'ont montré Hamant et Mosinger, elle présente des aspects bien particuliers.

1° *Latent* il peut donner lieu à une stérilité avec imperméabilité tubaire.

2° *D'autres fois il s'agit d'un hématosalpinx.*

L'endométriome présente, à chaque période menstruelle, une réaction congestive et hémorragique comme tout endométriome. Mais ici le sang peut s'épancher dans la trompe donnant un hématome tubaire (R. Meyer, Sampson).

Le diagnostic est difficile avec une salpingite subaiguë ou une grossesse extra-utérine.

Donc, fait important, tout hématome tubaire n'est pas lié à une grossesse extra-utérine.

3° *La grossesse utérine* peut être observée (22 observations de Schœnholz) associée à un endométriome tubaire.

Le mécanisme en est discuté.

Mais il est donc un fait d'importance pratique, c'est qu'en présence d'un hématome tubaire et même d'une grossesse tubaire, il y a intérêt à faire un examen histologique afin de préciser le diagnostic et d'établir la fréquence relative de telles associations.

Autres localisations pelviennes et abdominales.

Adénomyomes de l'espace recto-vaginal.

Ils furent remarquablement étudié par Michon et Comte en 1926, qui en groupent 116 cas publiés.

Anatomiquement, on peut en distinguer divers types.

1° L'infiltration du début constituée par une petite masse incluse dans la paroi vaginale postérienne près de l'insertion sur le col pouvant évoluer vers le rectum ou vers la muqueuse vaginale.

2° Le nodule bien limité.

3° La forme diffuse, masse plus volumineuse adhérente au col, refoulant la muqueuse rectale *qu'elle n'ulcère pas*, et évoluant vers la muqueuse vaginale qui présente parfois un aspect mamelonné, à petits kystes.

4° Une forme pelvienne avec essaimage et localisations multiples.

Cliniquement.

La dysménorrhée est banale. Plus caractéristique peuvent être leur intermittence ou leur exacerbation paroxystique, la dysparennie, les rectalgies.

A l'examen.

Les signes sont variables suivant l'importance de la tumeur.

Mais la perception d'un nodule ou d'une masse plus volumineuse dans l'espace recto-vaginal, *masse devenant douloureuse lors des menstruations*, masse qui n'est ni l'utérus, ni les annexes, est particulièrement révélatrice de l'endométriome.

Le diagnostic peut être fait surtout si l'examen au spéculum révèle une évolution vaginale avec muqueuse mamelonnée ou petit écoulement hémorragique.

Les problèmes que posent le traitement sont aisés dans les formes nodulaires, délicats dans les cas d'infiltration rectale ou, se pose la question de la résection rectale, préconisée par Cullen, non pratiquée par Lockyer et, là encore, le problème de la castration.

L'endométriome de la vessie est peu fréquent.

Le premier cas fut publié par Judd.

En 1929, Von Ottow ne comptait que 16 observations connues.

En 1939, on groupait 40 cas, deux en France, dont le premier en 1936 de Chauvin, l'autre de R. Couvelaire.

Cliniquement.

Le fait essentiel est l'existence de phénomènes plus ou moins intenses à type de cystite, remarquables par leur apparition lors de la menstruation, leur cédation après un temps de 8 à 10 jours. L'hématurie est rare, indolente, totale à renforcement terminal.

L'examen des urines peut, en période menstruelle, montrer des hématies, des débris épithéliaux.

La cystoscopie a surtout un intérêt lorsqu'elle peut établir des examens comparatifs pendant et entre les règles.

C'est dans l'aire du trigone au voisinage des orifices urétéraux à la partie dorsale du col vésical que siègent les endométriomes et qu'il faut les rechercher. Jamais il n'y a de localisation sur les parties d'origine endo-dermique de la vessie (faces latérales, supérieure sommet).

L'examen fait *entre les règles* peut montrer une voussure tumorale ou être négatif.

Lors *d'une menstruation*, l'image tumorale est plus nette et surtout existe un œdème tumoral et péritumoral donnant à la muqueuse un aspect caractéristique.

La surface apparaît bosselée, muriforme, mamelonnée, c'est un « aspect en grappe de raisin » avec petits kystes transparants en saillie nette.

Il peut y avoir formation de petits pertuis laissant sourdre un peu de sang.

La biopsie n'est pas à pratiquer car elle peut être à l'origine d'hémorragie, de greffes secondaires, de surinfection. Elle n'est pas indispensable au diagnostic.

Celui-ci reste basé sur la périodicité cataméniale des troubles fonctionnels, et sur la modification des aspects endoscopiques au moment même des menstruations. C'est dire l'intérêt d'examens pratiqués avant et au moment même des règles. Le diagnostic se poserait surtout avec un carcinome, une tumeur maligne de la vessie.

Le traitement reste, avant tout, chirurgical par voie hypogastrique si la lésion est extirpable (28 fois sur 34 observations).

La castration par les R. X ou intervention sanglante est envisagée par certains à titre de complément pour éviter une récidive, ou en matière de tumeur trop étendue et difficilement extirpable surtout chez une femme très proche de la ménopause.

Endométriose digestive

C'est en 1909 que le premier cas fut décrit par Meyer.

C'est une localisation rare, siégeant en des points divers, sur l'iléon, le cœcum, l'appendice, le sigmoïde, le rectum.

Les plus fréquents sont les endométriomes de l'appendice, du sigmoïde, ils sont le plus souvent associés à une endométriose recto-vaginale, péritonéale ou ovarienne.

Cliniquement, les symptômes sont des plus trompeurs.

Ou bien l'endométriome ne donne que des signes de dysménorrhée et le diagnostic n'est plus suspecté.

Ou bien il s'agit de signes locaux douloureux dans la fosse iliaque droite pour les endométriomes du carrefour ilial et cœcoappendiculaire, dont leur seul caractère important est leur apparition menstruelle.

D'autres fois il s'agit de rectalgies avec ténesme également périodiques.

L'examen physique, dans cette dernière localisation assure le diagnostic, car il existe une tumeur aisément perçue, la rectoscopie montre des modifications de la muqueuse que l'on peut rapprocher des images décrites dans l'endométriome de la vessie. Il n'y a pas d'ulcération de la muqueuse, et ceci a une certaine importance pour le diagnostic avec le cancer du rectum.

L'association est d'ailleurs possible (observation de Bergeret, 1939).

Rapprochons de ces cas l'observation d'un endométriome du creux ischio-rectal du service de clinique de l'Hôpital Broca où le traitement fut chirurgical.

Insistons sur la fréquence d'éléments de type endométrial sur le péritoine, qui ne sont reconnus qu'au cours d'une intervention pour un syndrome abdominal quelconque.

Le diagnostic, le traitement des endométriomes extra-abdominaux sont plus aisés

L'endométriome du ligament rond fut étudié par Xanther, Lecène et Chevassu.

La localisation sur le segment intra-péritonéal est rare.

Le plus souvent il siège sur la portion extra-péritonéale du ligament et, en général, près de l'orifice inguinal externe.

Il se manifeste comme un petit nodule douloureux et plus volumineux lors des menstruations.

Les erreurs de diagnostic avec hernie ou lipome ont été fréquentes sur les 34 cas publiés.

L'endométriome de l'ombilic est peu fréquent. Sur 70 cas connus, 8 seulement ont été publiés en France.

Il se présente comme une petite masse dure sous-cutanée : la peau est mince et d'aspect bleuâtre.

Lors des règles, il devient douloureux et peut donner lieu à un petit écoulement hémorragique.

Il suffit d'évoquer le diagnostic pour le poser sur de tels signes. Le traitement en est facile et son intérêt particulier, car l'endométriome de l'ombilic est en règle isolé, exceptionnellement associé à une endométriose pelvienne.

L'endométriome des cicatrices de la paratomie fut signalé par Vassmer en 1924 qui en publia 18 cas, puis par Rosenstein, Polster.

Il est toujours secondaire à une intervention sur l'utérus. La greffe d'éléments de la muqueuse utérine, par l'intermédiaire d'un drainage sous-ombilical est invoquée comme facteur étiologique (Lardennois).

L'endométriome du périnée est intéressant à étudier. Sous l'angle pathogénique il vient à l'appui des théories de l'endométriome tumeur acquise, et de la théorie de Sampson.

On en connaît 12 observations. Toujours il s'agit de femmes ayant eu surtout lors d'accouchement des déchirures périnéales plus ou moins importantes.

L'endométriome apparaît de 4 mois à plusieurs années après le traumatisme. Il siège au niveau de la fourchette et se présente comme un nodule sous-cutané de consistance ferme. Toujours existent les poussées douloureuses lors des règles si caractéristiques quelle que soit la localisation observée, nous l'avons vu.

Dans bien des cas se produit une petite fistule qui, pendant 4 à 5 jours lors de la menstruation, peut donner lieu à un suintement hémorragique.

Aucune observation ne mentionne l'association de cette forme avec une autre localisation.

Le diagnostic est aisé, facilement confirmé par une exérèse simple.

Endométriose et gestation

Si la stérilité est de règle chez les femmes porteuses d'endométriomes, et ceci quel que soit leurs sièges, les cas de gestation associée ne sont cependant pas exceptionnels.

Portes, dans une publication récente, met en évidence les deux faits d'intérêt pratique sur lesquels il faut insister. Ils sont à la fois cause d'erreur de diagnostic et de complications.

Les causes d'erreur sont les modifications de l'aspect histologique de la tumeur qui subit la transformation déciduole. Les cellules du chorion subissent un gonflement considérable, les cellules glandulaires s'aplatissent, la lumière des tubes se réduit. Le diagnostic d'épithélioma a pu être porté.

En clinique, le plus souvent, il s'agirait de primipares âgées et l'endométriome, au cours de la gestation, siège avant tout sur l'utérus et dans l'espace recto-vaginal.

Si ces derniers n'entraînent en général pas de complications, les endométriomes de l'utérus ont pu amener des accidents divers.

Portes cite le cas d'hémorragie interne (de Szenes) deux cas de rupture utérine publiées l'un par Schugt, l'autre par Schaffer au 7e mois d'une gemellaire.

On a cité également d'autres localisations endométriomes, l'ovaire en particulier. Michon, Martin et Pigeaud ont observé un endométriome en cours de gestation sur cicatrice de césarienne.

En conclusion, on voit la complexité de l'étude des endométriomes.

De l'étude pathogénique, il faut retenir l'influence certaine de l'activité ovarienne sur leur développement.

Du point de vue clinique quelle que soit la localisation, insistons sur la valeur diagnostic considérable de l'évolution par poussées absolument rythmées sur le cycle menstruel.

Du point de vue chirurgical, le traitement des localisations intra péritonéales est particulièrement délicat.

D'abord à cause de la possibilité de greffe d'essaimage à distance, une technique particulièrement réglée s'impose.

En second lieu, à cause du rôle favorisant de l'ovaire comme facteur de développement et peut être facteur de récidive dans ces tumeurs, on doit envisager suivant l'importance de la localisation, suivant les lésions génitales associées, suivant l'âge de la malade, une intervention conservatrice ou une castration.

BIBLIOGRAPHIE

Ascheim et Brocq. *Mém. Acad. Chirurgie*, juin 1939.
Bazy. *Mém. Acad. Chirurgie*, janv. 1939.
Bergeret, Rochet. *Mém. Acad. Chirurgie*, juin 1939.
Brocq, Palmer. *Acad. Chirurgie*, 1936. — Brocq et Varangot. *J. de Chir.*, oct. 1940.
Chauvin. *Bull. Soc. Fr. d'Urologie*, déc. 1939.
Cotte. *Acad. Chirurgie*, déc. 1938.
Delannoy. *J. de Chirurgie*, oct. 1940.
Fournier. *Thèse de Toulouse*, 1939.
Gosset, Ivan Bertrand, Chevallier. *Mém. Acad. Chirurgie* fév. 1939.
Gricouroff. *Mém. Acad. Chirurgie*, déc. 1936.
— ~~Presse Médicale~~, mars 1937. PARIS MEDICAL
— *Ann. Anat. Path.*, juin 1939.
Henry. Endométriome de la vessie. *Thèse Paris*, 1939.
Hirsch. *Thèse de Nancy*, 1938-1939.
Laumonnier. *Thèse de Paris*, 1939.
Martin, Michon et Pigeaud. *Presse Méd.*, 1933.
Michon et Comte. *Journ. de Chirurgie*, 1926.
Mondor, Mazingarbe. *Mém. Acad. Chirurgie*, juin 1939.
Papin. *Mém. Acad. Chirurgie*, mars 1939.
Zaleski. *Gyn. Polsk. in Gyn. Obst.* 1938.
Folce Holtz. *Gyn. Obst.*, oct. 1938.
Portes et Varangot. *Gyn. Obst.*, 1939-1940, n° 40. Sur endométriose et gestation. Bibliographie complète.

LIVRES NOUVEAUX

La circulation de retour, par A. Jouve et J. Vague. Préface du Professeur Laubry. — Un volume de 180 pages, 30 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

Le rôle véritable des veines en physiologie, aussi bien qu'en pathologie, a été longtemps méconnu.

Ces quelques lignes, extraites de la préface du professeur Laubry, établissent le rôle important que joue la circulation de retour dans l'organisme et les déductions qui s'imposent au point de vue pathologique.

« Par leur nombre régulièrement double de celui des artères, par leur volume en proportion, par leur distension facile qui augmente singulièrement leur capacité, par leur liaison intime avec un système capillaire qui rend cette capacité quasi illimitée, par leur faculté propulsive due aux tonus d'emprunt et à leur tonicité propre, en une mot par toute une série d'attributs qui leur confèrent une autonomie véritable, digne de celle que possèdent depuis longtemps les artères, les veines jouent un double rôle, celui de moteur et celui de réservoir ? Qu'on ait distingué, dans leur vaste circuit, deux réseaux pourvus chacun d'une action hydraulique différente et d'inégale importance, un circuit splanchnique et un circuit extrasplanchnique ; que le premier, grâce à son énorme étendue, à la masse du sang qu'il charrie, aux influences qu'il subit du fait même de son siège aux sources de la nutrition et au sein des métabolismes les plus actifs, ait plus particulièrement mission de maintenir en réserve une partie du sang circulant et de le distribuer au prorata des besoins de l'organisme, nous avons tout lieu de le croire sans y insister. Ce qui importe davantage, ce sont les conséquences physio-pathologiques qui découlent du double rôle découvert et admis : elles soumettent l'équilibre circulatoire tout entier à la circulation de retour, à la tolérance et à la capacité de ses réservoirs, à leurs rapports harmonieux avec la masse sanguine. On admet aujourd'hui à peu près unanimement que la carence et la paralysie de cette circulation sont à la base des accidents graves de la syncope et du collapsus ; que son débordement d'activité rend compte dans une certaine mesure de l'œdème pulmonaire et de l'hypertension paroxystique. »

MM. Jouve et Vague étaient particulièrement qualifiés par leurs nombreux travaux de cardiologie, pour écrire cette monographie sur la circulation de retour. Le lecteur trouvera dans ce livre le détail minutieux de ses fondements anatomiques et physiologiques, il verra que ce chapitre spécial qui fixe, établit et décrit les raisons de cette autonomie veineuse est à lui seul un domaine suffisant pour retenir l'attention avant d'aborder ses relations avec l'ensemble, pour qu'on s'ingénie à l'explorer, à établir la hiérarchie de ses régions constitutives, à faire ressortir ses points pour ainsi dire vitaux et dominateurs comme le sont les viscères de la cavité abdominale et en particulier le foie et la rate. Il pourra ainsi mesurer le retentissement de syndromes pathologiques aussi manifestes que ceux de l'hypertonie et de l'hypotonie veineuse. Il admettra enfin que gravitent autour d'eux des formes cliniques dépendant, ou de la pureté des syndromes, ou de leur participation à l'insuffisance cardiaque, ou de leur étiologie, mais qui toutes quelles qu'elles soient, possèdent et méritent une thérapeutique spéciale.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

L'HÉRÉDITÉ DE L'ÉPILEPSIE

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

L'épilepsie est-elle une affection héréditaire ? C'est à cette question, maintes fois abordée par les auteurs, que Mme Simone Teyssier-Commerson (1) consacre une excellente monographie à laquelle nous empruntons la plupart des éléments de cet article.

Commençons — comme toujours — par un mot d'historique. Déjà Hippocrate affirme que « les épileptiques engendrent des épileptiques », opinion reprise par Zacutus Lusitanus et Boerhave et appuyée par eux d'arguments en apparence si convaincants que, jusqu'au xixe siècle, la notion d'hérédité dans le développement du mal comitial est considérée comme un dogme, auquel il serait impie de s'attaquer. Et pourtant, dès 1770, Tissot ose écrire : « Les épilepsies sont très rarement héréditaires et connées, mais plus ordinairement acquises après la naissance ». Mêmes réserves de la part de Maisonneuve (1804) et, surtout, de Gowers (1880) et du professeur P. Marie qui, sans nier l'existence de familles où sévit le mal comitial, nie fortement le caractère héréditaire de cette affection, qu'il considère comme un accident dont « la cause première est toujours extérieure au malade et postérieure à sa conception, sauf s'il s'agit d'hérédo-syphilis ».

Et pourtant, nombre d'auteurs, et non des moindres (Alford, Masson, Mme Minkowska, Muskens), restent fidèles à la théorie classique.

Comment expliquer ces divergences ?

Par plusieurs raisons.

Les différentes recherches n'ont pas été effectuées dans les mêmes milieux. Peut-on comparer les épileptiques idiots, qui passent leur vie à l'asile (*E. intra-muraux* des auteurs américains), et ceux qui, au prix d'une ou deux crises par an, mènent une existence à peu près normale et se tirent d'affaire tout seuls (*E. extra-muraux*) ?

Autre raison. Qu'appelle-t-on, à proprement parler, hérédité ? N'est pas obligatoirement héréditaire tout ce qui se transmet d'une génération à la suivante : à la naissance, l'enfant possède déjà, outre le patrimoine héréditaire qui s'est transmis à lui par l'intermédiaire des générations successives qui l'ont précédé, un apport personnel résultant des réactions qu'il a subies, alors qu'il n'était que fœtus ou embryon, sous l'action d'influences diverses. Si l'on préfère, distinguons, avec Johansen, le *génotype*, ou ensemble des caractères fixes constants, transmis à travers les générations et le *phénotype*, ensemble des caractères acquis, éminemment personnel, indépendant de tout apport héréditaire et non transmissible aux descendants. D'où cette première conclusion, c'est que seul, le génotype représente le caractère héréditaire, et que c'est en lui que se condense tout ce qui constitue l'hérédité proprement dite. Les maladies *gestationnelles* ou *germinales*, résultant de la maladie d'un ou des deux gamètes (*blastophtorie* de Forel) ayant atteint l'embryon pendant sa vie intra-utérine doivent donc être exclues de l'hérédité.

Cette hérédité se transmet par les chromosomes (Strasburger, van Beneden, Th. Boveri, Morgan et ses élèves). Il faut d'ailleurs en distinguer deux sortes : les *autosomes*, qui subissent la réduction chromatique et l'*hétérochromosome*, contenu dans les cellules sexuelles et qui, pour cer-

(1) Simone Teyssier-Commerson. Du rôle de l'hérédité dans la genèse de l'épilepsie essentielle. *Th. Paris*, 1939, in-8°, 111 p. L. Arnette, éditeur.

tains, est conservé en totalité dans l'une des deux cellules filles de la lignée spermatique, si bien que les caractères héréditaires dont il est chargé ne seraient transmis qu'à la moitié des descendants mâles. Quoiqu'il en soit, dans les chromosomes, ce qui agit, ce sont les corpuscules dits *gênes*, qui occupent, le long du chromosome, une place définie, et qui, seuls ou en association, transmettent tel ou tel caractère héréditaire.

N'oublions pas, non plus, les lois de Mendel, qui expliquent que certaines affections, cliniquement apparentes chez les générateurs, mais ayant existé chez les grands-parents ou collatéraux vont se transmettre sous divers modes : *dominant*, seuls, seront atteints les organismes ayant reçu un chromosome taré, comme dans la maladie de Huntington ; *récessif*, où un sujet sain en apparence peut transmettre la maladie à sa descendance, comme dans la surdi-mutité congénitale familiale, ou *matriarcal*, quand l'affection, comme l'hémophilie, est transmise par le chromosome masculin supplémentaire, la maladie ne touchant que les hommes, auxquels elle est transmise par les femmes.

Rappelons encore que : 1° au cours d'une lignée, il apparaît parfois des modifications qui, d'emblée, obéissent aux lois de l'hérédité et se perpétuent dans la descendance. Ces *mutations*, dont l'existence est prouvée par l'expérimentation (expériences sur le *Datura*, Blakeslee, sur la Drosophile Melanogaster, Morgan et son école), dont certaines sont léthales, et qui jouent sans doute un grand rôle en pathologie humaine (Apert); 2° le protoplasme joue peut-être aussi un rôle dans la transmission des caractères héréditaires.

Ces notions une fois admises, on est autorisé à exiger d'une maladie, pour qu'elle soit héréditaire, qu'elle se transmette par *hérédité similaire*, c'est-à-dire qu'il y ait passage des parents (*héridité directe*) ou des collatéraux (*hérédité indirecte*) à la génération, ou aux générations suivantes, de la même affection, c'est-à-dire qu'entre l'affection des ascendants et celle des descendants, il n'y ait aucune différence. Ainsi est éliminée l'*hérédité de transformation*, où il s'agit d'une affection voisine, mais non identique, un père aliéné, par exemple, engendrant un comitial.

Nombreux sont les partisans de l'hérédité similaire qui, d'ailleurs, ne remonte habituellement pas plus loin que la deuxième génération. Mais ils ont trouvé un adversaire de premier ordre dans la personne du professeur P. Marie, pour lequel l'hérédité est une notion fausse, à rejeter, opinion acceptée par Pitres, Comby, Netter, Abadie, etc., et qui est aujourd'hui admise par la plupart des auteurs.

Quant aux faits rangés sous le nom d'hérédité de transformation, il est hors de doute qu'ils existent et même qu'ils sont assez fréquents. Mais quelle qu'en soit l'explication, rien ne prouve qu'on puisse établir entre les diverses affections nerveuses ou mentales, d'une part, l'épilepsie, de l'autre, un rapport de cause à effet. Ajoutons que le rôle de la consanguinité et celui de la gémellarité paraissent bien douteux.

Voilà au moins deux causes majeures de divergence entre les auteurs : impossibilité de comparer les statistiques, difficulté de s'entendre sur le mot hérédité, qui englobe un grand nombre de faits dissemblables. Ajoutons-en une troisième : la complexité des faits et la multiplicité des agents étiologiques pour un même sujet. Voici un malade qui est fils d'épileptique. Hérédité similaire? Attention! Il y a de sérieux soupçons d'alcoolisme ou de syphilis chez le père. D'autres fois, l'épilepsie est survenue tard et s'accompagne de signes radiologiques ou humoraux qui font penser à une tumeur cérébrale.

On peut donc admettre que l'épilepsie congénitale reconnaît diverses causes qu'il est aisé de schématiser ainsi.

1) *Causes d'origine chromosomique*, vértiablement héréditaires, indiscutables, mais exceptionnelles ;

2) *Causes acquises*, qu'elles soient gestationnelles ou embryonnaires, liées surtout à l'alcoolisme ou à l'hérédo-syphilis, beaucoup plus fréquentes que les précédentes.

S'il en est ainsi, « le mariage ne semble pas devoir être systématiquement interdit à tout épileptique par crainte d'une transmission héréditaire de la maladie. La conduite à tenir, toujours délicate, dépendra, bien entendu, de la gravité de l'affection, des troubles psychiques associés, mais aussi des causes possibles de l'affection recherchées tant chez le malade que chez ses ascendants ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 17 mars 1941

Dosage de l'aneurine (vitamine B¹) par fermentation alcoolique. — MM. Lucien Thivolle et Raymond Jacquot.

Séance du 24 mars 1941

La thermogenèse chez les abeilles. Insectes sociaux thermœciques. — MM. Maurice Mathis et Marcel Courtin. — *Les thermœcies* (sociétés d'abeilles) ont la production de chaleur comme base de groupement. Depuis Réaumur, on sait que l'intérieur d'une ruche possédant une colonie saine et vigoureuse est à une température voisine de celle d'une poule couvant ses œufs.

Les observations des auteurs montrent : 1° Qu'en automne, alors que le couvain existe encore, la température intérieure de la ruche est constante aux environs de 35° C., c'est la *période d'isothermie*.

2° Dès les premiers froids et la cessation de la ponte par la reine abeille, cette température décroit par paliers, c'est la période d'*abaissement progressif*.

3° Le tracé de la courbe de température présente, au cours des grands froids, des oscillations particulières, *c'est la période de luttes fébriles*.

4° Dès les premiers beaux jours, la température remonte par paliers, c'est la *période de hausse progressive*.

Les auteurs font ressortir l'importance, pour le développement de la chaleur, de la consommation moyenne de miel par une colonie d'abeilles. La ration moyenne est de 40 grammes de miel par jour. Le miel se comporterait au cours du repos hivernal, alors que le couvain n'existe pas, comme un aliment énergétique, le combustible des abeilles.

Ces constatations comportent un enseignement pratique en fixant, avec précision, la quantité de miel que les apiculteurs doivent laisser aux abeilles, après la dernière récolte, pour qu'elles puissent hiverner dans les meilleures conditions.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 8 avril 1941

Règles pratiques de l'examen électro-encéphalographique des épileptiques. — M. A. Baudoin. — Après avoir rappelé les caractères généraux de l'électro-encéphalogramme des épileptiques et insisté sur l'importance de manifestations électriques infra-cliniques, l'auteur donne quelques règles vérifiées par l'expérience de son laboratoire et visant à fournir le plus grand nombre possible de réponses positives.

Voici un résumé de ces règles. Les enregistrements doivent être :

1° Multiples et simultanés ;
2° Pratiqués avec des amplifications faibles ;
3° Continus et répétés ;
4° Pratiqués à un moment le plus rapproché possible des paroxysmes cliniques ;
5° Pratiqués dans le repos moral et sensoriel le plus complet possible ;
6° Modifiés ou sensibilisés par des épreuves fonctionnelles : réaction d'arrêt, épreuve de l'hyperpnée ;
7° Pratiqués avec le souci constant des causes d'erreur possible et surtout à redouter dans les dérivations frontales.

Contribution à l'étude de la sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire. — M. Olivier communique un cas dans lequel un diagnostic de coxa-vara avait été posé ; des radiographies ont montré qu'il s'agissait d'atrophie avec bascule du corps

de la cinquième lombaire sacralisée bilatéralement, mais surtout à gauche où il y a une articulation transverso-sous-iliaque ; de plus la première pièce sacrée présente un spina bifida double. Ce sont *ces malformations associées* qui sont à l'origine des douleurs sciatiques gauches intermittentes ressenties par le malade, la sacralisation seule ne saurait les expliquer ; en présence d'une sciatique anormale, il faut toujours penser au rachis.

Interrelation entre l'hormone cortico-surrénale et l'acide ascorbique. — M. A. Giroud. — Chez l'animal carençable comme le cobaye, la privation d'acide ascorbique détermine au niveau du cortex surrénal la chute de l'hormone mesurée avec le test de la semi-contraction. Inversement, l'apport d'acide ascorbique fait immédiatement remonter le taux hormonal. Ce dernier dépend donc bien de l'acide ascorbique.

Chez l'homme, on peut retrouver la même dépendance. On peut l'établir en étudiant l'élimination urinaire de l'hormone que l'on est en droit de considérer comme la traduction de l'activité fonctionnelle du cortex. On choisit des individus bien portants, mais peu chargés en vitamine C et par suite à basse élimination d'hormone corticale. On les sature par de l'acide ascorbique et l'on voit immédiatement le taux se relever de 40 à 80 %. Si l'on supprime la vitamine, l'élimination de l'hormone redescend immédiatement. On peut en conclure que chez l'homme la sécrétion de l'hormone, c'est-à-dire la fonction surrénale dépend bien de l'apport en acide ascorbique.

Comme il est de toute importance que la fonction cortico-surrénale soit bien assurée dans l'organisme humain, il y a lieu de tenir compte de ces faits tant dans le domaine de l'hygiène alimentaire que dans celui de la thérapeutique.

Utilisation du chlore, du nickel et du cuivre en injection intraveineuse. — M. Levaditi présente sur ce sujet une note de M. Manson.

Vacances de Pâques. — Nous rappelons que l'Académie de Médecine ne tiendra pas de séance le mardi de Pâques, 15 avril 1941.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars 1941

A propos de l'infarctus intestinal. — M. Moulonguet discute l'aspect histologique décrit dans l'observation de M. Boudreaux ; il considère que les lésions sont celles d'une iléite segmentaire.

A propos du traitement des pleurésies purulentes. — M. Soupault montre l'intérêt d'injecter du lipiodol pour apprécier avec exactitude le point déclive de la collection.

Volvulus aigu du cœcum avec examen radiographique pré-opératoire. — M. Séjournet. — M. Brocq rapporte cette observation intéressante par le caractère total du volvulus.

M. Mondor montre les difficultés du diagnostic de cette affection.

Un nouveau cas d'abcès du foie à début péritonéal. — M. Nédélec. — M. Basset fait un rapport sur cette observation superposable à celle qu'il a déjà rapportée dans une des précédentes séances.

La réparation des désarticulations du genou à lambeau court pratiquées d'extrême urgence dans les formations de l'avant. — M. Rouhier donne les règles qui doivent présider à la recoupe du fémur.

Endométriome du côlon sigmoïde. — M. Seillé rapporte cette observation concernant une femme atteinte d'obstruction intestinale chez laquelle la radiographie montre l'existence d'une tumeur comprimant le côlon sigmoïde. L'examen rectoscopique montre un aspect sous-strictural assez inhabituel. L'intervention révèle un endométriome du côlon. Une hystérectomie est faite ainsi que l'exérèse de la tumeur. Guérison.

M. Brocq insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à examiner les malades au moment des règles et en dehors de celles-ci ; il y a constamment des modifications de la tumeur.

MM. Mondor et Banzet ont observé des cas analogues à celui de M. Seillé.

Cancer du bulbe duodénal. — MM. Bergeret et Caroli ont observé un cas de cette lésion rarissime, chez un homme de 56 ans. L'affection se caractérisait par la constitution rapide d'une sténose, l'existence d'une tumeur épigastrique contrastant avec l'absence de signes radiologiques au niveau de l'estomac.

La tumeur fut enlevée par gastro-duodénectomie.

Pathogénie de la douleur dans la sacralisation et la lombalisation. — M. Sicard discute les opinions émises sur la pathogénie de ces douleurs : la compression directe de la Ve racine lombaire n'est pas toujours en cause ; deux résections d'apophyse transverse faites par M. Sicard ne furent pas suivies de guérison. Une greffe faite sur un de ces malades amenait une grosse amélioration. Dans un autre cas, la cause des douleurs était une hernie discale dont l'extirpation fut suivie de guérison. M. Sicard croit que la hernie discale serait souvent à la base des douleurs de la sacralisation.

Présentation d'une table radiologique avec dispositif permettant un repérage rapide des corps étrangers. — MM. Belot et Carillon présentent ce dispositif dans lequel, avec un simple déplacement de l'ampoule, on peut mesurer la profondeur du projectile.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 mars 1941

Etude sur l'absorption par les voies respiratoires de solutions médicamenteuses administrées en fines pulvérisations. — M. Binet et Mlle M. Bochet résument leur méthode pour réaliser des pulvérisations médicamenteuses par voie respiratoire. L'air comprimé ou les obus à oxygène constituent l'agent de pulvérisation.

Leurs expériences ont permis de montrer que les brouillards ainsi obtenus pouvaient atteindre la profondeur du poumon. Mais ils soulignent que les pulvérisations d'éphédrine ou d'atropine peuvent couper le spasme bronchique. Ils conseillent de combiner à l'oxygénothérapie la pratique de ces pulvérisations dans certaines crises dyspnéiques.

L'atonie artérielle au cours de la cachexie hypophysaire. — MM. Lœper, G. Ledoux-Lebard et P. Breton. — Constatations faites chez deux malades en examinant leur système vasculaire. La tension artérielle est basse, il y a bradycardie, les pulsations sont difficiles à sentir lorsque le bras est dans le plan du corps, l'indice oscillométrique est bas, ces signes diminuent lorsque la maladie s'améliore. La perception du pouls augmente lorsque le bras est en position déclive en donnant sensation de *plénitude artérielle* ; elle disparaît presque lorsque le bras est en position élevée. On note des modifications de l'indice oscillométrique et de la tension artérielle pris dans ces diverses positions. Cette atonie artérielle constitue une véritable léiasthénie semblant se rattacher à une déficience de la partie postérieure de l'hypophyse.

Précipitation des produits sulfamides dans l'urine. — M. Durel et Mlle Alline. — On sait le risque de précipitation dans l'urine au cours de la sulfamidothérapie. Les auteurs étudient à ce propos les sulfathiazols (2090 R. P.) et les thiodiazoliques (2145 R. P.), produits s'éliminant à l'état de sursaturation, laquelle ne cesse que lentement si les concentrations sont inférieures à 5 gr. par litre pour le 2090 et à 7 gr. 60 pour le 2145. On doit penser que la cristallisation dans le rein est plus à craindre si les concentrations sont dépassées et la diurèse doit être telle qu'elles ne soient pas atteintes.

Sur un nouveau cas de nanisme avec micromélie et acromicrie. — MM. Chiray, Jacques Decourt et J. Guillemin présentent une malade atteinte d'acromicrie et présentant une forme particulière de nanisme, liée à l'insuffisance de développement des membres (micromélie), avec petitesse particulière des extrémités (acromicrie). Ces troubles morphologiques semblent imputables à une insuffisance élective de la fonction somatotrope de l'hypophyse, et s'opposent au gigantisme acromégalique. L'origine hypophysaire est rendue très vraisemblable par l'apparition tardive d'un syndrome d'insuffisance gonadotrope, et décapsulées avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. Les auteurs soulignent qu'un syndrome morphologique comparable peut être réalisé par une hyperfolliculinie pathologique et prématurée, où l'inhibition de la croissance des membres est secondaire au développement d'une tumeur ovarienne avec puberté précoce au cours de la seconde enfance.

Lésions expérimentales de la lymphogranulomatose maligne chez le cobaye. — M. Georges Marchal et Mlle C. Brun. — Résultats expérimentaux obtenus par inoculations de produits granulomateux prélevés chez douze malades.

Résultats huit fois positifs ; les aspects histologiques rappellent ceux de la maladie de Hodgkin. Les cultures montrent l'évolution du virus tuberculeux en cause, sous forme de granulations qui deviennent progressivement acido-résistantes. Ces documents histologiques offrent une valeur primordiale parmi les arguments qui plaident en faveur d'une tuberculose atypique à l'origine de la maladie de Hodgkin.

Traitement de l'acrocyanose et des engelures par le fluoresceine. — M. May. — Observations de malades ayant été traités par une injection intra-veineuse de fluoresceine à la dose de

5 o/100. Amélioration très nette. L'auteur estime que ces observations soulèvent le problème intéressant de l'action des substances photosensibles sur les affections des extrémités (acrocyanose, érythromélalgie).

A propos d'un kyste ancien géant du poumon. — M. Rist. — Malade de 25 ans dont l'observation a été publiée en 1932 (Debré et Mlle Bliader). Le kyste aérien très volumineux occupant la presque totalité de l'hémithorax droit et refoulant le médiastin est demeuré de dimensions égales, sans symptômes d'intolérance, et sans manœuvres thérapeutiques.

M. Milian, à propos d'accidents d'intolérance aux sels d'or rapporte des observations semblables observées avec les arsénobenzènes.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 8 mars 1941

Les variations d'excitabilité nerveuse sous l'effet de la vitamine E (α-Tocopherol). — M. Paul Chauchard constate que, comme la vitamine B_1, la vitamine E agit sur l'excitabilité des centres nerveux de l'animal normal non carencé, et principalement sur la moelle, partie des centres sensible à l'avitaminose E. Cette influence propre, pharmacologique, de la vitamine E peut expliquer son pouvoir thérapeutique dans diverses affections médullaires, sans que ces maladies résultent réellement d'une carence en vitamine E.

Le dosage par la méthode de floculation de l'antigène glucido-lipidique et de l'anticorps correspondant. — MM. G. Ramon et A. Boivin ont pu établir une méthode de titrage, par la floculation, de l'anticorps spécifique correspondant à l'antigène glucido-lipidique O du bacille d'Eberth et de cet antigène. Cette méthode offre, sur les procédés jusqu'ici utilisés, l'avantage de la simplicité, de l'économie et d'une suffisante précision.

La courbe de production de l'anticorps tracée au moyen de la méthode de floculation chez le cheval soumis aux injections d'antigène glucido-lipidique O du bacille d'Eberth ou de germes typhiques tués. — MM. G. Ramon, A. Boivin et R. Richou ont constaté que l'apparition de l'anticorps est précoce et qu'il y a identité complète entre les courbes de production de l'anticorps obtenues par injections d'antigène glucido-lipidique ou de corps microbiens. L'antigène glucido-lipidique isolé par voie chimique représente donc bien la véritable substance immunisante du bacille typhique.

Sur les réactions de fixation du complément du sérum sanguin traité par l'ozone. — MM. Ed. Reyre et H. Boursaus signalent la négativation des réactions de B. W. dans les sérums traités par barbotage d'ozone.

Recherches sur l'oxalurie expérimentale produite par l'éthylène-glycol. — MM. M. Chiray, L. Justin-Besançon, J. Diéryck et Ch. Debray ont pu ainsi obtenir tous les types de néphrites et de lithiases oxaliques.

Elections. — MM. Maurice Lœper et Pierre Girard sont élus vice-présidents.

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

Séance du 18 février 1941

Aménagement du pays. — M. Menabrea fait une étude approfondie du problème du logis à la ville et à la campagne.

L'allocation de logement. — M. Kula expose l'idée des allocations de logement qui ne seraient délivrées que si le logement est sain et bien entretenu.

Séance du 25 février 1941

L'organisation de la profession pharmaceutique fait l'objet d'une très intéressante communication de M. Lesure. Elle aboutit à un vœu réclamant une collaboration plus étroite entre les médecins et les pharmaciens, l'institution de cours communs de thérapeutique et de pharmacologie, le statut depuis longtemps attendu des biologistes, enfin le rattachement des pharmaciens au ministère de la Santé Publique, en tout ce qui concerne le côté libéral de leur profession.

Le contrôle du lait à la production. — M. Thieulin, dans une étude très documentée démontre que c'est à la production qu'il faut surveiller le lait. Il est contraire au bon sens de pasteuriser des laits malpropres. Il faut, d'abord, par la surveillance des étables, des récipients, etc., préserver le lait des contaminations et des altérations.

A la suite de cette communication, le comité a émis un vœu réclamant l'organisation immédiate d'un contrôle efficace du lait à la production, l'élimination des vaches légalement tuberculeuses ou la stérilisation de leur lait, la surveillance hygiénique des trayeurs et manipulateurs et des conditions de transport du lait, l'application des lois de 1933, du décret de 1934, relatifs à la production laitière et celle du décret du 5 mars 1940 interdisant l'abatage des génisses ou des femelles gestantes. Des sanctions devront être données à ces lois et rigoureusement pratiquées.

Séance du 5 mars 1941

Corporation sanitaire. — Le Comité, par une communication adressée à divers groupements médicaux, a attiré leur attention sur le sens élargi qu'il attribue au mot *corporation*. On peut, en effet, distinguer sous cette dénomination, soit le groupement des individus exerçant le même métier, en vue de la défense de leurs intérêts ; c'est le sens historique des anciennes corporations. Mais en ce cas, la mention de la profession groupée est indispensable : *corporation médicale*, *corporation pharmaceutique*, etc. Le Comité *sanitaire* de la région parisienne est la réunion des professions ayant en charge la santé nationale ; il est composé de représentants des diverses professions *sanitaires*, et cette épithète précise ses buts, qui tendent au relèvement de la France par la santé française, et par la collaboration de tous ceux qui peuvent, par leurs activités professionnelles, la protéger.

Lait. — Comme suite à la communication de M. Thieulin, à la séance du 25 février dernier, qui avait trait au contrôle du lait à la production, le Comité a émis le vœu que ce contrôle soit institué rapidement, afin de réaliser la propreté des étables, l'élimination des trayeurs et manipulateurs porteurs de germes, la stérilisation du lait des femelles légalement tuberculeuses, par application stricte du décret du 24 janvier 1934, et la fixation des règles obligatoires de la pasteurisation et de la conservation du lait, depuis sa production jusqu'à sa vente au consommateur. Ce contrôle sera exercé par l'action combinée des médecins et des vétérinaires.

M. Dournel pense qu'il serait mieux assuré encore par des fonctionnaires spécialisés.

Vétérinaires et médecins. — M. Houdinière donne lecture d'une communication sur ce sujet.

Séance du 11 mars 1941

Médicaments manquants. — M. Alexandre. — Beaucoup de médicaments et d'objets de pansement se raréfient et menacent de manquer totalement. Beaucoup de produits parmi les plus souvent prescrits ont déjà été contingentés et chaque pharmacien, selon son chiffre d'affaires d'avant-guerre, en reçoit une quantité limitée, si limitée, dans certains cas, qu'elle équivaut à l'absence complète. Pour certains de ces produits, il est possible de proposer aux médecins des succédanés ; pour quelques autres, sans action essentielle, tels que les excipients des pommades pour l'usage externe, le médecin pourrait laisser au pharmacien l'initiative d'une substitution. Il faut, en tout cas, que le médecin soit mis au courant de ces difficultés, qui dureront longtemps, et qu'on lui donne les renseignements et les indications nécessaires pour y faire face.

A cet effet, le Comité sanitaire de la Région parisienne a émis un vœu demandant aux pouvoirs publics de renseigner périodiquement les médecins sur les médicaments susceptibles de manquer, ou bien qu'il faut économiser, et d'autre part, sollicitant l'Académie de Médecine et les Sociétés scientifiques de signaler aux praticiens les substances encore existantes qui pourraient les remplacer, en leur indiquant leurs propriétés, leur posologie et leur mode d'emploi.

Abattoirs. — M. Lafaye a rendu compte de l'audience qu'a bien voulu accorder, à une délégation du Comité, M. le Directeur général des Travaux de Paris et du Département de la Seine. L'accueil de M. Giraud a été très bienveillant et il s'est montré parfaitement informé de la situation et très désireux d'y remédier, par la reconstruction des abattoirs et la réforme de leur fonctionnement.

Taudis. — M. Renaudeaux, commentant une communication récente de M. Godlewski à l'Académie de Médecine, montre les bienfaits qu'on peut attendre pour la suppression du taudis rural, de la conception nouvelle de la corporation agricole.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 23 avril. — Jury : MM. Fiessinger, Troisier, Lemierre, Lelong. — Mlle Fortin. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie ouverts dans le poumon et les bronches. — M. Zivy. Epanchements pleuraux de la grande cavité. — M. Lévy. Les formes viscérales de la mononucléose infectieuse.

Jeudi 24 avril. — Jury : MM. Jeannin, Binet, Fey, Sureau. — M. Aalam. Nouvelle technique de symphyséotomie sous-cutanée. — M. Moisson. Action anatomo-physiologique de l'explosif de guerre.

INFORMATIONS

(suite de la page 282)

Secrétariat d'Etat à l'Education nationale et à la Jeunesse. — Le *Journal Officiel*, du 3 avril 1941, publie le décret du 23 février 1941 relatif à *l'organisation des études pharmaceutiques*. Ce décret modifie l'ordre des examens de passage et des examens probatoires. Il précise que les élèves des écoles de plein exercice n'ont pas à reprendre la seizième inscription pour se présenter devant une Faculté de pharmacie ou une Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

— Un décret, en date du 26 mars 1941, institue une épreuve facultative d'éducation physique au baccalauréat.

(*J. O.*, 28 mars 1941.)

— Le décret du 22 février 1941 relatif à certaines délibérations de l'Assemblée du Collège de France (V. *Gaz. Hôp.* 1941, p. 201) est abrogé par un décret en date du 4 mars 1941.

(*J. O.*, 29 mars 1941.)

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Chatonnet (Joseph), est nommé maire de Saint-Fons (Rhône), en remplacement de M. Gravallon.

M. le Dr Abbatucci (Charles), est nommé conseiller municipal de Bastia. (*J. O.*, 28 mars 1941.)

Fédération des Associations amicales de médecins du Front. — 1° Le bureau de la Fédération renouvelle son pressant appel à tous les médecins pour l'*envoi de livres et de journaux médicaux aux médecins prisonniers de guerre*.

Adressez-les chez le président de la Fédération : Dr Jean Schneider, 16, rue Alfred-de-Vigny (8e), ou chez le secrétaire général : Dr Raymond Tournay, 2, rue Dupuytren (6e), ou mieux encore, directement au Comité central d'Assistance aux Prisonniers de guerre, section livres : Mme la Générale Lasserre, 29, boulevard de Latour-Maubourg (7e).

2° Le bureau de la Fédération a reçu d'un groupe de médecins prisonniers en Allemagne, une protestation énergique contre la lenteur apportée à débarrasser la profession des *étrangers indésirables*.

3° Enfin, la Fédération rappelle que les médecins anciens prisonniers de guerre, sont représentés à la section des Médecins de l'Avant 1939-1940 au même titre que les médecins des corps combattants et ceux des formations sanitaires. Renseignements : M. B. Lafay, 18, avenue de Versailles (16e).

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — Cours de technique hématologique et sérologique, par M. le Dr Edouard Peyre, chef de laboratoire.

Ce cours comprendra seize leçons et commencera le lundi 5 mai 1941, à 14 heures 30, pour se continuer les jours suivants ; les séances comportent deux parties :

1° Un exposé théorique et technique ;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences.

Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité. Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les Etudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Chaire d'anatomie pathologique. — Professeur : M. Roger Leroux. — *Cours de perfectionnement*. — Les cours de perfectionnement auront lieu à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique aux dates suivantes :

1° Les lésions non tuberculeuses de l'appareil respiratoire : M. le Dr J. Delarue, agrégé, du 23 juin au 12 juillet 1941.

2° Inflammations et tumeurs de l'appareil génital chez la femme ; les lésions de la glande mammaire : Mlle le Dr P. Gauthier-Villars, agrégée, du 6 au 25 octobre 1941.

3° Lésions de l'appareil uro-génital : M. le Dr F. Busser, chef des travaux, du 5 au 24 janvier 1942.

4° Lésions inflammatoires et tumorales du tube digestif : Prof. R. Leroux, du 4 au 30 mars 1942.

Note. — Chacun de ces cours comportera dix-huit séances. Des démonstrations à l'aide de projection de coupes et de photographies compléteront l'enseignement théorique. Les séances auront lieu chaque jour à 16 heures (amphithéâtre d'anatomie pathologique, escalier B, 1er étage). Chaque cours donnera droit à un certificat qui sera délivré sur demande aux auditeurs ayant préalablement satisfait à une interrogation spéciale.

Le droit d'inscription à chaque cours est fixé à 200 francs. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat (guichet n° 4), les

lundis, mercredis et vendredis, de 10 heures à midi et de 14 heures à 16 heures. D'autres cours seront annoncés ultérieurement qui compléteront le programme d'ensemble. En principe, il sera organisé quatre cours par an.

Clinique des maladies du système nerveux. — Un cours sur les maladies du système nerveux sera fait à l'hospice de la Salpêtrière par : M. Georges Guillain, professeur ; MM. Alajouanine, Delay, Desoille, Garcin, Guy-Laroche, Mollaret, Petit-Dutaillis, agrégés ; M. Ivan Bertrand, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes et chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la Salpêtrière ; MM. Decourt, Marquezy, Peron, Rouques, de Sèze, médecins des hôpitaux ; M. Aubry, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; M. Lagrange, opthalmologiste des hôpitaux ; M. Bourguignon, chef du service d'électrologie de la Salpêtrière ; M. Ledoux-Lebard, chef du service de radiologie de la Salpêtrière ; M. Bidou, chef du service de récupération fonctionnelle de la Salpêtrière ; MM. Aubrun, J. Lereboullet, P. Mathieu, Ribadeau-Dumas, Sigwald, anciens chefs de clinique de la Salpêtrière ; MM. Auzepy, Gabriel, Guilly, Salles, chefs de clinique de la Salpêtrière.

Ce cours, avec présentations de malades, projections, démonstrations anatomiques, comportera, du 21 avril au 24 mai, une série de 58 leçons. Deux leçons seront faites chaque jour, la première à 14 h. 30, la seconde à 16 heures à l'Amphithéâtre de la Clinique Charcot. La première leçon sera donnée le lundi 21 avril, à 14 h. 30.

Ce cours public s'adresse spécialement aux internes et externes des hôpitaux et aux médecins désirant se perfectionner dans l'étude des affections du système nerveux.

Institut de thérapeutique. — *Actualités thérapeutiques.* — Grand Amphithéâtre de la Faculté, mai 1941, à 20 h. 30.

Programme : Lundi 5 mai. — M. Legroux, chef de service à l'Institut Pasteur : La Sulfamidothérapie locale.

Mercredi 7 mai. — M. le Professeur agrégé Justin-Besançon : Les dernières venues des vitamines P_1, K_1.

Vendredi 9 mai. — M. le Professeur agrégé Giroud : Les ressources thérapeutiques de l'écorce surrénale.

Lundi 12 mai. — M. le Professeur Hazard : Les sympathicolytiques de synthèse.

Mercredi 14 mai. — M. Oberlin, chirurgien des hôpitaux : L'anesthésie par voie veineuse.

Vendredi 16 mai. — M. le Professeur agrégé Régnier : Les derniers dérivés de l'opium.

Lundi 19 mai. — M. le Professeur Sannié : Les œstrogènes de synthèse.

Mercredi 21 mai. — M. le Professeur Laubry : Les associations médicamenteuses en thérapeutique cardiaque.

Vendredi 23 mai. — M. le Professeur Benard : Les injections intra-veineuses lentes.

Lundi 26 mai. — M. le Professeur Dognon : La téléroentgenthérapie totale.

Mercredi 28 mai. — M. le Professeur Leriche : La chirurgie de l'hypertension permanente.

Vendredi 30 mai. — M. le Professeur Claude : Les chocs médicaux en thérapeutique neuro-psychiatrique.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Professeur Lœper, Hôpital Saint-Antoine, ou au Secrétariat de la Faculté (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 10 à 12 heures et de 14 à 16 heures.

Cours de stomatologie. — M. le Dr Dechaume, chargé de cours, commencera le cours de stomatologie, le lundi 21 avril 1941, à 18 heures (salle de thèses n° 2), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Pathologie bucco-dentaire.

Nécrologie

Le Dr Henri Brodier, ancien interne des hôpitaux de Paris (1888), ex-chef de clinique chirurgicale de la Faculté, ex-assistant de la consultation de chirurgie de l'hôpital Necker, ancien président de la Société des Chirurgiens de Paris.

— Nous apprenons avec peine la mort de notre excellent confrère le Dr Henri Polaillon, décédé à Paris.

Il était le fils du Dr Polaillon, professeur agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, décédé en 1902 et petit-fils, par alliance, du professeur Félix Guyon.

— Nous apprenons aussi le décès, à Nantes, du Dr Louis Thibault, médecin des hôpitaux de Nantes, vice-président du Conseil départemental d'hygiène de la Loire-Inférieure.

Renseignements

Le *Memento Cartier*, édition 1940-41, région Sud-Est, paraîtra prochainement avec toutes rectifications et mises à jour.

Les fournisseurs médicaux et laboratoires sont priés de faire parvenir les textes qu'ils désirent insérer :
parvenir les textes qu'ils désirent insérer : 13, rue du Puits-Gaillot, Lyon. (Réponse par lettre ou carte commerciale.)

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 31-32. — 16-19 AVRIL 1941 114e ANNEE Le No 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Un concours d'internat et un concours d'externat* s'ouvriront cette année. Nous ferons connaître la date de ces concours dès qu'elle sera fixée.

Indemnité des externes. — A dater du 1er janvier 1941, l'indemnité journalière des externes sera portée à 11 fr. 25. Jusqu'ici cette indemnité était de 8 francs.

En outre, les externes continueront en 1941, à percevoir 1 fr. 75 par présence au titre des fonds en dépôt des assurances sociales.

L'indemnité totale allouée aux externes s'élèvera donc à 11 fr. 25 plus 1 fr. 75, soit 13 francs.

Médaille militaire. — M. Tall Seydou, médecin auxiliaire (Croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 9 avril 1941.)

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Un décret, en date du 13 mars 1941, porte modification du décret du 30 décembre 1939, relatif à l'institution de *primes à la première naissance*. A titre transitoire pour les naissances survenues au cours de l'année 1940, le délai de recevabilité des demandes est porté à dix-huit mois à compter de la naissance de l'enfant. (*J. O.*, 11 avril 1941.)

Séquestre des biens constituant le patrimoine des syndicats de médecins dissous. — Un arrêté, en date du 22 mars, précise les conditions de sequestre et le transfert de ces biens au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins qui, avec le Conseil National, en assurera l'administration et l'utilisation à des fins d'assistance au bénéfice des médecins et de leurs familles. (*J. O.*, 11 avril 1941.)

Pour les familles nombreuses. — Le *Journal Officiel*, du 11 avril 1941, publie la *loi du 29 mars 1941 portant création d'une allocation de salaire unique.* Cette allocation est attribuée aux familles des salariés quelle que soit la profession ou la qualité de l'employeur qui les occupe, des fonctionnaires et agents des services publics qui ne bénéficient que d'un seul revenu professionnel versé en contre-partie d'un travail effectif. La nouvelle allocation sera servie par les caisses de compensation, par l'Etat ou par les collectivités locales ou les services publics concédés dans les mêmes conditions que les allocations familiales. Cette allocation ne pourra se cumuler avec l'allocation de la mère au foyer prévue par l'article 23 du décret du 29 juillet 1939.

Pour l'assistance aux vieillards infirmes et incurables. — Le *Journal Officiel* du 11 avril publie la *loi du 29 mars 1941 portant modification de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.* Cette loi vise les Français privés de ressources, soit âgés de plus de 65 ans, soit atteints, à partir de l'âge où cesse l'obligation scolaire, d'une maladie incurable.

Ministère de l'Intérieur. — Le Dr Neau a été nommé conseiller municipal du Mans.

Le Dr Moineau a été nommé membre de la commission administrative de la Nièvre.

M. le Dr Viel (Victor) est nommé adjoint au maire de Lisieux.

M. le Dr Cullerre (René) est nommé adjoint au maire de La Roche-sur-Yon.

M. Léger, pharmacien, est maintenu dans les fonctions de maire de Vichy.

(*J. O.*, 10 avril 1941.)

Ramassage des pancréas. — Le *J. O.*, du 8 avril 1941, publie un arrêté, en date du 19 mars 1941, relatif au ramassage des pancréas prescrit par la loi du 8 octobre 1940. Cet arrêté donne la liste des abattoirs chargés de ce ramassage et fixe les conditions de la récolte, de la surveillance et de la répartition des pancréas.

Savon. — Une ration supplémentaire est attribuée aux membres du corps médical.

Un arrêté ministériel, pris en date du 7 mars 1941, paru au *Journal Officiel* du 1er avril 1941, fixe les attributions de savon auxquelles peuvent prétendre : les médecins, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, vétérinaires, sages-femmes, infirmières, etc., ainsi que certains malades, sur le vu d'un certificat médical délivré dans les conditions portées à la connaissance du corps médical par les soins du Conseil de l'Ordre des Médecins ; enfin, les logeurs de militaires de l'armée d'occupation.

Les demandes d'attributions, établies sur formules mises à la disposition du public dans les mairies, depuis le 10 avril, devront être adressées aux maires de la commune du siège de l'établissement ou de l'entreprise.

Les attributions seront faites pour *deux mois* par la délivrance de tickets spéciaux, libellés suivant le cas, en « *une ration : soins corporels* » ou « *une demi-ration : lavage du linge* ».

Un ticket « *une ration : soins corporels* » donne droit aux mêmes attributions que le ticket n° 1 de la feuille de tickets normale.

Deux tickets « *demi-ration : lavage du linge* » donnent droit aux mêmes attributions que le ticket n° 2 de la feuille de tickets normale.

Ces tickets spéciaux peuvent être utilisés pour l'achat de savons spéciaux homologués par la direction des industries chimiques du Secrétariat d'État à la Production Industrielle.

Il est rappelé qu'aucune attribution de savon ne pourra être faite pour le nettoyage des locaux ou d'installations sanitaires.

(*Bulletin Municipal Officiel*, 5 avril 1941.)

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. — (Hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. Professeur : M. Laignel-Lavastine).

Psychiatrie. — *Cours de perfectionnement.* — M. le Professeur Laignel-Lavastine, assisté de M. Delay, agrégé, médecin des hôpitaux ; M. Heuyer, médecin-chef de l'infirmerie spéciale, près la Préfecture de Police, médecin des hôpitaux ; M. Puech, neurochirurgien des hôpitaux psychiatriques de la Seine ; M. Parcheminey, chef de laboratoire ; MM. Durand, Bouvet, Mignot et Vidart, chefs de clinique, fera, avec l'aide des internes du service, ce cours, du 15 au 30 mai 1941.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en psychiatrie.

Il consiste essentiellement en leçons cliniques et techniques et présentations de malades chaque matin, de 9 heures à midi et chaque après-midi, de 15 heures à 17 heures, en exercices cliniques et thérapeutiques et assistance aux opérations de neurochirurgie.

Programme du cours. — Jeudi 15 mai : 9 heures, M. Laignel-Lavastine : Le mouvement thérapeutique en psychiatrie ; 10 heures, M. Mignot : Exemples cliniques.

Vendredi 16 mai : 9 heures, M. Delay : Syphilis cérébrale et P. G. ; 10 heures, M. Delay : L'impaludation et ses indications.

Samedi 17 mai : 9 heures, M. Durand : L'impaludation technique et résultats ; 10 heures, M. Laignel-Lavastine : Présentation de P. G. impaludés ; 11 heures, M. Bessières : La valeur de la la malariathérapie d'après 400 cas personnels.

Lundi 19 mai : 9 heures, M. Heuyer : La thérapeutique en neuro-psychiatrie infantile ; 10 heures, M. Heuyer : Présentation des résultats.

Mardi 20 mai : 9 heures, M. Laignel-Lavastine : Schizophrénie et insulinothérapie ; 10 heures, Consultation.

Mercredi 22 mai : 9 heures, M. Mignot : L'insulinothérapie : technique et réactions ; 10 heures, M. Laignel-Lavastine : Sémiologie sympathique des psychopathes (avec projections).

Vendredi 23 mai : 9 heures, M. Bouvet : La valeur de l'insulinothérapie ; 10 heures, M. Vidart : Présentation des résultats.

Samedi 24 mai : 9 heures, M. Parcheminey : La psychothérapie; 10 heures, M. Laignel-Lavastine : Présentation de malades ; 11 heures, M. Parcheminey : L'hypnotisme.

Lundi 26 mai : 9 heures, M. Puech : La chirurgie des psychoses; 10 heures, M. Puech : Ses résultats.

Mardi 27 mai : 9 heures, M. P. Durand : La cardiazolthérapie ; 10 heures, M. Laignel-Lavastine : Consultation.

Mercredi 28 mai : 9 heures, M. Mignot : Résultats de la cardiazolthérapie ; 10 heures, M. Laignel-Lavastine : La sémiologie endocrinienne des psychopathes.

Jeudi 29 mai : 9 heures, M. Bouvet : L'endocrinothérapie chez les femmes ; 10 heures, M. Bouvet : Ses résultats cliniques.

Vendredi 30 mai : 9 heures, M. Vidart : L'endocrinothérapie chez les hommes ; 10 heures, M. Vidart : Ses résultats cliniques.

Le droit à verser est de 300 francs.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures ou à la salle Béclard, tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Leçons du mercredi, à 10 heures, par le Professeur Laignel-Lavastine (hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis).

Mercredi 23 avril : Une heure avec Cabanis. — 30 avril : L'actualité de Cabanis. — 7 mai : Les troubles végétatifs des psychopathes. — 14 et 21 mai : Leur sémiologie sympathique. — 28 mai, 4 et 11 juin : Leur sémiologie endocrinienne. — 18 juin : Leur sémiologie avitaminique. — 25 juin : Thérapeutique de la personnalité.

Conférences hebdomadaires du samedi, à 11 heures, sur les problèmes psychiatriques (hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis).

Samedi 26 avril : M. Micoud : Hypothèse sur l'avenir nosographique de la psychose maniaco-dépressive. — 3 mai : M. Vinchon : Les obsessions par contraste. — 10 mai : M. Poyer : L'incohérence. — 17 mai : M. Bessières : La valeur de la malariathérapie d'après 400 cas personnels. — 24 mai : M. Parcheminey : L'hypnotisme. — 31 mai : M. Porc'her : Statistique et psychiatrie.

Nécrologie

Le Dr O. Baude, à Guines-en-Calaisis.

Ordre des Médecins

Conseil de l'Ordre des Médecins du département de la Seine
28, rue Serpente, Paris (6e)

I

Le Conseil de l'Ordre des Médecins du département de la Seine doit contresigner les certificats médicaux délivrés à l'appui d'une demande de passage en zone libre. Il est indispensable que le Conseil puisse statuer sur un certificat détaillé posant les indications de ce départ. Afin de ne pas contrevenir aux principes fondamentaux du secret professionnel, le Conseil demande de joindre au certificat destiné à l'Administration un certificat détaillé et médical qui sera remis directement au Conseil de l'Ordre et sera conservé comme pièce justificative.

(Communiqué du 11 avril 1941.)

II

La Préfecture de Police rappelle à tous les médecins que l'usage de l'automobile le dimanche et jours fériés est réservé aux seuls bénéficiaires d'un S. P. portant la mention : « Valable dimanches et jours fériés ».

Les services de police relevant de la Préfecture de Police comme de l'autorité d'occupation ont reçu des instructions pour que soit intensifiée la surveillance de la circulation.

Les médecins que leurs obligations professionnelles astreignent à l'usage de leur voiture le dimanche et jours fériés sont priés, au cas où ils n'auraient pas encore cette autorisation, d'adresser leur demande au Conseil de l'Ordre qui la trasmettra avec son avis.

(Communiqué du 11 avril 1941.)

LE ROLE DU MÉDECIN DANS L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE DE L'ADOLESCENT

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

C'est à M. Toulouse et au professeur Imbert que revient l'honneur d'avoir eu, il y a quarante ans, la première idée de l'orientation professionnelle et ouvrière de l'adolescent. Depuis cette époque, les Etats-Unis se sont particulièrement occupés de cette question ; dès 1908, à la suite des recherches de Parson, se créait le Bureau de Vocations de Boston. En 1920, l'Université de Harvard organise des cours spéciaux où l'on se propose de former des conseillers professionnels. Le même procédé de sélection est bientôt étendu aux téléphonistes et aux wattmen (Munsterberg). En Suisse, des cours d'orientation sont institués en divers endroits ; Wintherthür (1917), Bâle (1919), Genève (1920). En Angleterre, l'Education Act arrête, dès 1910, les premières mesures relatives à ce sujet. Citons encore les travaux de l'Institut de pédotechnie, en Belgique, ceux du centre de recherches psycho-physiologiques de Milan, dirigé par Ferrari, de MM. Fontègne et de Lahy, en France, aboutissant à la création de l'Institut national d'Orientation professionnelle, sans oublier les Congrès internationaux de Strasbourg (juillet 1920), Barcelone (septembre 1921), Moscou (1925).

C'est que l'orientation professionnelle a une double portée : individuelle et sociale. Individuelle, parce qu'elle assure le bonheur de l'individu en lui permettant d'exercer un métier conforme à ses goûts et à ses aptitudes ; sociale, parce qu'elle épargne aux jeunes gens les faux départs, qui font d'eux des déchets sociaux, des chômeurs, parfois des délinquants. Associée à la sélection, elle enrichit les élites intellectuelles et artisanales. Son intérêt est tel que, par décret du 24 mai 1937, la consultation d'orientation professionnelle est devenue obligatoire pour tous les moins de 17 ans désireux de participer à une entreprise commerciale ou industrielle.

Dans cette orientation, le rôle du médecin s'est rapidement affirmé. 21,5 % d'enfants ne sont-ils pas mal orientés pour des raisons médicales ? 42 % d'accidents du travail ne sont-ils pas dus à des tares négligées ? Aussi, la Commission départementale d'orientation professionnelle, qui comprend obligatoirement le médecin inspecteur d'hygiène, a-t-elle, entre autres fonctions, celle de désigner des médecins à qui sera confiée la mission d'établir des fiches médico-physiologiques qui, renvoyées au Centre, donneront, pour un sujet donné, ses aptitudes physiques, intellectuelles et caractérielles, montreront quels métiers sont indiqués et quels autres contre-indiqués. C'est ce rôle d'orientation professionnelle, que nous n'avons pas manqué d'étudier avec le professeur P. Nobécourt et MM. Dublineau, Fay, L. Michaux, dans notre livre intitulé *Enfants et jeunes gens anormaux*, qu'une des plus distinguées élèves du Dr G. Heuyer, Mme F. Aldou, vient d'étudier dans son excellente thèse (Paris, 1940, Maloine, in-8°, 116 pages).

Le premier chapitre, relatif aux enfants *normaux*, le seul dont nous nous occuperons aujourd'hui, se divise en deux, selon qu'il s'agit de l'école primaire ou de l'enseignement secondaire.

Soit un enfant arrivé *à la fin de ses études primaires*. Tout le problème consiste à savoir quelle profession lui sont interdites, et, par suite, lesquelles lui sont permises.

Commençons donc par l'étude des *contre-indications*. L'analyse des antécédents y tient une place considérable : alcoolisme, syphilis des parents, état de la mère pendant sa grossesse, manœuvres anticonceptionnelles, pour les antécédents héréditaires; en ce qui concerne les antécédents personnels, date de la naissance par rapport à celle de la conception, des premières dents, du premier mot, de la première phrase, époque à laquelle l'enfant a été propre, existence d'énurésis, de convulsions, d'onychophagie, de terreurs nocturnes, de maladies nerveuses (encéphalite) ou éruptives, qui, si elles sont récentes, contre-indiquent un pré-apprentissage immédiat ; manière dont l'enfant a accompli sa scolarité : changements d'école et leurs causes, succès ou échecs au certificat d'études primaires, etc., etc.

Muni de ces renseignements, le médecin peut procéder à l'examen médico-physiologique, qui se fera en trois temps :

Examen anthropométrique, dont les résultats bien interprétés ont une grande valeur, surtout si on se conforme aux indications fournies par M. Godin. Voici, à ce sujet, quelques exemples : les adolescents taillés en force seront orientés vers les métiers pénibles. Une grande taille est nécessaire aux coiffeurs. Les forgerons, menuisiers, standardistes ont besoin d'avoir des bras longs. L'horloger, le serrurier, n'ayant à effectuer que des mouvements de faible amplitude, ne sont pas incommodés par la brièveté de leurs bras. L'esthétique du corps et du visage est indispensable à certaines professions où le côté décoratif n'est pas négligeable (officiers, appariteurs), comme à celles où il faut plaire (vendeurs). La femme est inapte aux travaux exigeant de l'endurance et une grande énergie physique.

Examen médical. — Le plus souvent, il ne révèle que des anomalies corporelles ou des affections organiques contre-indiquant certains métiers, mais laissant encore un vaste choix à l'orienté.

Parmi les contre-indications *transitoires*, signalons les végétations adénoïdes, la chétivité générale, la petite insuffisance hépatique, les petits états endocriniens.

Les contre-indications *permanentes* peuvent être dues à une lésion de l'appareil osseux, contre-indiquant formellement le port des fardeaux (briquetiers, chaudronniers, coltineurs, garçons livreurs, maçons). comme les stations prolongées (vendeurs), et quand il s'agit de déformations du maxillaire, les professions musicales avec instruments à vent.

On explorera systématiquement, aussi, l'appareil musculaire, puis le système nerveux : l'existence de tremblement contre-indique les travaux de finesse de l'horloger, du graveur, du fileteur ; le vertige, les professions du bâtiment. La constipation est incompatible avec les métiers sédentaires. Le cœur sera examiné avec soin : on s'assurera qu'il n'y a pas de lésion, mais que sa résistance est suffisante ; on se méfiera, chez l'adolescent, des fausses cardiopathies, des arythmies physiologiques de l'enfance. L'existence d'une cardiopathie contre-indique tout métier de force ; les varices, l'acrocyanose, l'érythème induré de Bazin ne sont pas compatibles avec un métier exigeant la station debout prolongée. De même, on ne saurait prêter trop d'attention à l'examen complet de l'appareil pulmonaire. Pour les adolescents à voies respiratoires fragiles, les contre-indications sont constituées surtout par les métiers qui s'exercent dans des locaux mal aérés, et aussi ceux où il y a des changements brusques de température, où les courants d'air abondent, où l'on est exposé à respirer des vapeurs nocives, ou des poussières, particulièrement nocives chez les asthmatiques.

L'insuffisance respiratoire de l'adolescent contre-indique temporairement les métiers de force, les entraînements sportifs brutaux.

L'examen génital n'est pas négligeable. Toute ectopie testiculaire doit être opérée avant l'orientation et les travaux de force différés pour les ectopies récemment gué-

ries. Chez la jeune fille, des ménorragies, des pertes leucorrhéiques feront renoncer aux métiers exigeant une station prolongée.

En cas de diabète ou d'albuminurie, découverts par l'examen des urines, beaucoup de métiers sont contre-indiqués : ceux où l'employé se tient longtemps debout, où il est exposé aux refroidissements ; ceux où il y a risque d'intoxication.

Quant à l'examen dermatologique, il amène aussi à des conclusions intéressantes : l'acné de la puberté, quand elle est trop accusée, contre-indique les professions où il faut plaire à la clientèle, des lésions des mains, certaines, comme la dysidrose, sont incompatibles avec les métiers alimentaires (pâtisserie, boulangerie, cuisine) ; d'autres, comme l'hyperidrose, avec la profession de masseur, la fabrication d'objets de précision, la couture, la lingerie, la manipulation de tissus délicats.

En terminant ce chapitre, signalons la fréquence, chez l'adolescent, de l'insuffisance musculaire, peu améliorée par la gymnastique scolaire, mais qui bénéficie grandement de la culture physique. Celle-ci lutte avec efficacité contre la raideur, facteur d'inhabileté manuelle, combat les déformations produites par les métiers, et à laquelle on peut adjoindre le sport bien dosé, qui « n'est pas qu'éducation physique : il est aussi éducation sociale donnant au jeune homme les deux qualités sociales dont il aura le plus besoin dans sa vie professionnelle : la continuité dans l'effort et la solidarité inhérente à l'esprit de groupe et d'équipe ».

De tous les temps de l'examen médical, le plus important est peut-être l'*examen des organes des sens :* sur 146 sujets examinés par le centre d'orientation professionnelle de Nantes, on en comptait 67 où il y avait déficience de la vue ou de l'oreille.

L'ouïe, le plus social des sens, est souvent défectueuse : en gros, 600 fois sur 2.000, d'après les statistiques américaines, en France, dans 25 % des cas. Unilatérale, la surdité contre-indique les métiers de garde : garde-forestier, garde-chasse, garde-champêtre, berger, comme certaines spécialités maritimes et aériennes (repérage au son). Bilatérale, elle écartera ceux qui en sont atteints des métiers suivants : transports, métiers de garde, métiers de relations humaines (coiffeurs, professeurs, téléphonistes, vendeurs). Les prédisposés à la surdité seront également détournés des métiers exposant l'ouïe à des chocs, au contact avec des poussières (menuiserie), à des variations brusques de température ou de pression (boulangerie), aux intoxications (plomb), aux bruits intenses (scieries, usines). En cas de vertige, les métiers de maçon, couvreur, mouleur, tapissier, ouvrier des télégraphes et des téléphones, ramoneur seront interdits.

Les troubles de la parole contre-indiquent les professions où il faut faire preuve d'autorité : directeurs administratifs, instituteurs, professeurs, officiers.

La vue est aussi souvent lésée que l'oreille. La dyschromatopsie et le strabisme contre-indiquent tous les métiers où l'on transporte des voyageurs, ceux de peintre, de teinturier, de joaillier, de fleuriste, de pharmacien. Une bonne acuité visuelle avec bonne vision binoculaire est nécessaire aux bijoutiers, fileteurs, joailliers, mécaniciens.

Les troubles de la réfraction sont incompatibles avec les métiers où l'on est exposé aux intempéries et avec ceux qui s'exercent dans la buée de vapeur d'eau ou dans les fumées : teinturerie, cuisine. Les myopies légères favorisent les métiers de finesse, tels qu'horlogerie. L'héméralopie contre-indique les métiers de transports. L'inflammation des annexes de l'œil doit détourner ceux qui en sont atteints des métiers irritants pour les yeux : cardeurs de coton ou de laine, fumistes.

Les altérations du goût contre-indiquent les métiers d'alimentation, de caviste, de sommelier.

La sensibilité au tact doit être particulièrement fine dans les métiers féminins de luxe et dans certains métiers masculins : ciseleur, graveur, horloger, peintre en miniature.

Selon la prédominance d'un sens, on a pu distinguer des types : *auditif :* musiciens, vendeurs de disques, et *visuel :* vendeurs d'étoffes, étalagistes.

Les contre-indications une fois passées en revue, arrivons-en à l'*orientation positive*, c'est-à-dire aux *indications.*

Les sujets normaux sont-ils aptes à n'importe quel métier? Oui et non, et plutôt non que oui. Il faut, en effet, tenir compte des deux considérations suivantes :

1° Les goûts et dégoûts de l'enfant sont souvent indécis, ceux du jeune homme, instables et capricieux, ne correspondent nullement au caractère ni aux capacités ;

2° Il faut tenir compte des possibilités du marché du travail. Nombre de jeunes gens sont attirés vers quelque profession, en négligeant d'autres plus intéressantes et moins encombrées.

Aussi, est-il indispensable à l'enfant qu'il ait une orientation positive. Sur quoi le médecin fondera-t-il ses conclusions ?

Sur la physiologie, et particulièrement sur l'examen des fonctions circulatoire et respiratoire.

Sur la biotypologie, ou la détermination d'un byotype, synthèse du type morphologique, du tempérament humoral et fonctionnel, du caractère affectif et volitif de l'intelligence. Pende (de Rome) en a décrit quatre types :

Longiligne sthénique, qui fera (Martiny) un bon ouvrier moderne, un bon chirurgien, un bon médecin de campagne, grâce à son goût pour l'action ;

Longiligne asthénique, à fatigabilité rapide, apte aux métiers qui ne nécessite pas d'endurance : spécialistes, hommes de laboratoire, quand il s'agit de médecine ;

Bréviligne sthénique, qui doit être orienté vers un métier manuel pénible : boucher, bûcheron, charpentier, cultivateur, débardeur, forgeron ;

Bréviligne asthénique, lent dans ses gestes comme dans ses pensées, prédisposé aux varices, au pied plat et à l'obésité, aux lithiases, à la dyspepsie et auquel conviennent les métiers de patience et de persévérance : ciseleur, dessinateur, employé de bureau, horloger.

Chez la femme, le type est souvent asthénique. « Pour cette raison, les métiers qui lui conviennent le mieux sont ceux où il n'y a ni décision rapide ni initiative à prendre : travaux de minutie, laboratoire, pharmacie, couture ».

Laissons la biotypologie, dont les données ne doivent être acceptées que sous bénéfice d'inventaire, signalons les *test moteurs*, dont les plus intéressants, peut-être, sont ceux qui ont été mis au point par MM. Heuyer et Baille, et arrivons à l'*examen psychique*, et, en particulier, à l'étude du caractère, primordiale dans l'orientation, car c'est lui, plus que les qualités physiques ou intellectuelles, qui conditionne le succès ou l'échec d'une carrière. La persévérance et l'application viennent à bout de tout et permettent de triompher des difficultés liées à une anomalie physique, même importante.

Inversement, si nombre d'apprentis ne peuvent mener à bien leur tâche, c'est à cause de leur instabilité.

Par les renseignements obtenus de l'entourage, comme par une conversation avec l'intéressé, on se rend compte de ses principales tendances caractérielles : timide, impulsif ou susceptible ; il n'est pas fait pour les métiers de relations humaines. Inversement, certains défauts peuvent avoir leur utilité : la coquetterie n'est pas inutile aux vendeuses, l'orgueil servira de stimulant aux sujets bien doués.

Aidé de ces données, le médecin peut être appelé à exercer son rôle d'orientation :

1° *Pendant la dernière année scolaire.*

En ce qui concerne les tests intellectuels, ils permettent de prédire presque à coup sûr l'avenir intellectuel d'un enfant. Mais encore faut-il que le développement physique soit normal, car il n'est pas rare que les sujets bien doués soient de santé délicate et que, dirigés vers des études où il y a des examens et des concours, elle ne pâtisse du surmenage. A cette condition seulement, on peut leur donner une *orientation intellectuelle*, variable selon les cas.

En ce qui concerne l'*orientation manuelle*, elle doit désigner ceux qui semblent le plus aptes aux travaux manuels, en faisant observer aux familles qu'un bon ouvrier gagne mieux sa vie que nombre d'intellectuels.

2° *Pendant l'apprentissage*, le médecin devrait (Laufer et Paul Boncour) procéder à des visites tous les trois mois la première année, et tous les six, la seconde, jusqu'à établissement de la crise pubertaire.

3° *Comment* envisager l'*orientation professionnelle dans l'enseignement secondaire ?* Il ne s'agit plus, pour l'enfant, de choisir un métier, mais de le préparer à l'enseignement supérieur, dernière étape avant l'exercice des professions libérales.

En ce qui concerne la *sélection scolaire*, elle sera effectuée :

1° *A l'entrée dans l'enseignement secondaire.* Elle s'impose d'autant plus que, dans bien des cas, on y procède trop tard, alors qu'il a déjà perdu de précieuses années par le détour d'une voie qui ne correspond pas à ses aptitudes, et pour le diriger vers l'enseignement primaire et vers un métier manuel.

2° *Pendant la scolarité.* Pour les élèves écartés à la fin de la 3e, elle est assurée par une commission d'administrateurs et de professeurs, auxquels il y aurait lieu d'adjoindre un psychiatre ou un psychotechnicien. En tout cas, ces sujets sont à détourner du baccalauréat et à diriger vers les cours professionnels en vue des carrières commerciales, vers les emplois de bureau ou certaines professions alimentaires. Même pour ceux qui suivent correctement leurs classes, il y aurait avantage à organiser une orientation.

Après le baccalauréat, le jeune homme ne sait, trop souvent, dans quelle voie s'engager. Son embarras est d'autant plus légitime que, quelle que soit la carrière envisagée, il y a beaucoup de candidats et peu de places. Ici encore, l'avis du psychotechnicien sera précieux pour l'orientation d'une carrière. Celui du « médecin général » ne le sera pas moins pour écarter des études sanctionnées par des concours difficiles les prédisposés à la tuberculose. Dans bien des pays, cette organisation fonctionne à la satisfaction de tous. En France, dit justement Mme Aldou, on peut souhaiter que :

1° Soit créé, de même, un corps de médecins-inspecteurs des lycées, préparés spécialement à l'orientation, et auxquels sera adjoint un psychotechnicien ;

2° Que chaque élève soit nanti d'un carnet médical permettant de juger de ses aptitudes ;

3° Qu'il existe un examen d'orientation professionnelle obligatoire à la fin des études secondaires.

Cours de puériculture à l'usage des élèves des écoles primaires supérieures et des lycées 1939, par les Drs Julien Huber et H. Roueche.

On peut se procurer les Leçons de Puériculture, édition de vente 10 francs, au Comité National de l'Enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (8e).

Le sérum normal, propriétés physiologiques, par D. Brocq-Roussel et Gaston Roussel. — Un volume de 630 pages. Prix : 140 francs. Chez Masson et Cie, à Paris, 1939.

ACTUALITÉS

L'ASPIRATION CONTINUE PAR SONDE DUODÉNALE DANS LES OCCLUSIONS AIGUES

(MÉTHODE DE WANGENSTEEN)

Par M. Pierre Lance

L'occlusion aiguë, quel que soit son siège ou sa cause, demeure l'un des plus graves parmi les syndromes chirurgicaux d'urgence ; malgré les progrès faits dans la précocité et surtout la précision du diagnostic (en particulier grâce à l'étude radiologique systématique), malgré l'utilisation rationnelle de la rechloruration post-opératoire, la mortalité reste encore élevée. Aussi faut-il accueillir avec intérêt tous les procédés qui sont susceptibles d'améliorer le pourcentage de succès qu'accordent trop parcimonieusement des opérations même précoces et bien conduites. A ce titre, la méthode d'aspiration continue du grêle par sonde duodénale, introduite en Amérique par Wangensteen, doit retenir l'attention des chirurgiens.

L'idée de décomprimer l'intestin grêle par un tube aspirateur placé dans le duodénum semble appartenir à Westermann qui en a fait mention en 1909 ; mais c'est à Wangensteen que revient le mérite d'en avoir montrer tout l'intérêt et d'en avoir réaliser l'application pratique.

La méthode est basée sur la notion théorique du rôle considérable joué au cours de toute occlusion par la distension du grêle ; expérimentalement, l'auteur américain a même établi, chez le chien, qu'une distension de la partie distale du grêle était suffisante pour entrainer la mort ; chez l'homme en état d'occlusion, l'air dégluti serait, en grande partie, responsable de cette distension.

Il était donc logique de chercher à effectuer une évacuation continue de l'air et des liquides contenus dans les anses intestinales ; mais une difficulté théorique naissait par suite de ce mélange aéro-liquide. Si, en effet, on pratique une aspiration continue sur un conduit élastique renfermant uniquement une colonne liquide, cette aspiration se fait sentir d'un bout à l'autre du segment élastique. Il n'en est pas tout à fait de même lorsque le tube élastique (en l'occurrence l'intestin grêle) contient des segments aéro-liquides ; l'écoulement est inégal, discontinu. Il fallait donc imaginer un système d'aspiration continue, réglable suivant l'arrivée d'air ou de liquide.

En pratique, Wangensteen utilise le système du siphon légèrement modifié : deux récipients remplis d'eau sont placés sur un pied mobile l'un en haut, l'autre en bas, reliés entre eux par un tube de caoutchouc ; la dénivellation ainsi créée est réglable à volonté et permet d'assurer l'évacuation de gaz. Une pression de 75 cm. d'eau serait la pression optima.

La sonde utilisée pour l'aspiration est une sonde duodénale sans bout olivaire (sonde nasale de Levin) dont l'extrémité est alourdie par du plomb. Elle est introduite par une des narines et gagne le duodénum sans difficulté grâce à son lest de plomb. Une dérivation placée sur le trajet de la sonde au récipient supérieur permet d'amorcer, avec une seringue, l'aspiration.

Durant la mise en œuvre de cette aspiration, Wangensteen et Paine conseillent la suppression complète des liquides *per os* ; la réhydratation doit être assurée par un goutte à goutte sous-cutané ou intraveineux : 4 à 5 litres de liquides peuvent être administrés dans les 24 heures sans inconvénient.

Les avantages de la méthode résident essentiellement dans la continuité de l'aspiration et dans la présence de la sonde dans le duodénum. Ce dernier point a été discuté par MM. Soupault et Bénassy qui ont utilisé l'aspiration continue par tubage gastrique. Cependant, Wangensteen a insisté sur le fait que le pylore atténue singulièrement l'efficacité de l'aspiration ; il en ralentit le rythme. Et dans certains cas, il y aurait même avantage à faire l'aspiration

plus loin, dans l'intestin grêle lui-même, au moyen d'une sonde spéciale très longue (Miller-Abbott).

Dans un récent article, Wangensteen, Réa, Smith et Schwyser ont apporté les résultats d'une expérience portant maintenant sur sept années. Voici quelques-uns de leurs chiffres :

190 occlusions ont été traitées par l'aspiration continue soit seule, soit associée au traitement chirurgical des lésions : mortalité globale 14,7 %.

Pendant le même laps de temps les auteurs opéraient d'urgence (sans utiliser l'aspiration) 29 hernies étranglées avec 9 morts (mortalité 31 %), et 15 invaginations avec une mortalité de 40 %.

Dans les occlusions l'aspiration fut utilisée comme premier traitement dans 126 cas ; mortalité de ce groupe 11,9 %. Dans 83 cas elle fut suffisante pour faire cesser les accidents d'occlusion.

Les premiers résultats de la méthode en France sont ceux de Marc Iselin rapportés devant l'Académie de Chirurgie par M. Brocq; au cours de la discussion qui suivit ce rapport, MM. Lenormant et Capette citèrent des observations qui démontrent l'efficacité indéniable du procédé.

Il convient maintenant d'en préciser, si possible, les indications.

Wangensteen a lui-même insisté, dans toutes ses publications, sur cette notion fondamentale à savoir que *l'aspiration continue ne dispense jamais de l'opération* lorsque les lésions anatomiques (strangulation par exemple) l'exigent ; « celui qui traiterait une strangulation par l'aspiration continue s'exposerait à de graves mécomptes ».

L'utilisation légitime de l'aspiration continue repose donc avant tout sur un diagnostic exact et aussi précis que possible du siège et surtout de la nature de l'occlusion ; lorsqu'on parcourt les travaux des auteurs qui l'ont utilisée (Abbott et Johnston, McClondan, Penberty, Grover, etc.), on constate que tout a été mis en œuvre pour y arriver ; à l'étude radiologique minutieuse susceptible déjà de fournir des renseignements précieux, Abbott ajoute même le tubage de l'intestin grêle au moyen d'une sonde longue et fine qui permet d'aller au contact de l'obstacle et d'y faire parvenir quelques gouttes de baryte.

La méthode ne semble guère efficace dans les occlusions aiguës du gros intestin avec énorme distention du cadre colique.

Mais ses indications en présence d'une occlusion du grêle ne sont pas toujours les mêmes :

Dans les occlusions par strangulation, la méthode ne doit être considérée que comme un temps pré-opératoire (ancillary procédure) qui possède néanmoins l'inestimable avantage de permettre, au bout de quelques heures d'opérer sur un ventre plat ; les manœuvres opératoires y gagnent en rapidité et en bénignité; dans certains cas, cette vidange préalable de l'intestin grêle permet même d'éviter l'iléostomie de décharge que l'on est parfois obligé de faire en pareille éventualié.

Dans les syndromes occlusifs secondaires aux péritonites, l'aspiration continue présente les mêmes avantages ; là encore il est le plus souvent indispensable d'intervenir pour mettre fin aux accidents inflammatoires, cause de l'occlusion.

Mais c'est dans les occlusions post-opératoires que le procédé de Wangensteen connait ses plus beaux succès car là, il peut à lui seul, permettre la guérison.

Sur 83 cas d'iléus post-opératoires Wangensteen et ses collaborateurs n'ont qu'une mortalité de 6 %. Or, on connait la gravité habituelle de ces laparatomies secondaires faites souvent tardivement parce qu'à regret.

L'aspiration, en pareil cas, peut être prolongée sans inconvénient pendant 24 heures et plus ; dans une occlusion par bride post-opératoire, le rétablissement du transit ne fut obtenu qu'au bout de quatre jours et demi de drainage (obs. Lenormant).

Il semble bien que l'utilisation de cette méthode ait transformé bien des suites opératoires troublées ; ne serait-ce qu'à ce titre, elle mérite d'être connue et diffusée.

***

Abbott et Johnson. *Surg. Gynec. and Obstetr.* 1938, 66, p. 691.

Iselin (Marc) et Eudel. Académie de Chirurgie, séance du 5 mars 1941 (M. Brocq, rapporteur).

Leigh, Nelson et Swenson. *Annals of Surgery.* Vol. III, février 1940.

Ochsner et Storck. *Archiv. Surg.* 1936, 33, p. 664.

Soupault et Bénassy. Académie de Chirurgie, séance du 12 mars 1941.

Wangensteen, Rea, Smith et Schwyser. *Surg. Gynec. and Obst.* 1939, 68, p. 850 (cet article renferme toute la bibliographie des travaux antérieurs de Wangensteen).

REVUE DES THÈSES

De l'utilisation de la progesterone en gynécologie

Par le Dr Marie-Louise Thiollier

(Librairie Louis Arnette, Paris 1939)

La thèse de Mlle Thiollier constitue une excellente étude d'ensemble sur l'emploi de la progesterone en gynécologie depuis les recherches de Prenant, de Bouin et Ancel, depuis les remarquables travaux de Courrier jusqu'aux belles observations de Robert Proust et Moricard, qui furent les premières apportées en France.

Les observations que l'auteur apporte à son tour, grâce à M. le Professeur Pierre Mocquot et M. Moricard, lui permettent de préciser les principales indications de la progesterone naturelle ou synthétique qui apporte une thérapeutique substitutive à la fonction du corps jaune. En voici le résumé :

— Traitement des hémorragies fonctionnelles utérines de la puberté et de la ménopause.

— Traitement d'hémorragies au cours de la grossesse permettant à celle-ci d'évoluer jusqu'au terme chez des femmes ayant eu des avortements répétés.

— Enfin des injections de progesterone associées au benzoate d'œstradiol ont pu provoquer des hémorragies de type menstruel chez des femmes ovariectomisées, la réapparition de règles au cours d'aménorrhées rebelles.

En général, les traitements doivent être discontinus, séparés par un intervalle de 15 jours à 3 semaines. La dose usuelle est de 1 à 5 milligr. par injection, la dose totale de 20 à 50 milligr. par série.

M. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée. Maladies des reins. Par MM. A. Brault, Jules Cottet et Edouard Michon. Deuxième édition. Broché : 150 francs ; cartonné : 180 francs. 570 pages, 13 figures. Maloine, éditeur, Paris, 1940.

Cette édition, considérablement remaniée, a été mise au courant des plus récentes acquisitions de la pathologie rénale.

Le volume débute par une introduction dans laquelle le regretté M. Brault brosse, avec son autorité de clinicien et d'anatomopathologiste, un magistral tableau d'ensemble des néphrites, en insistant sur l'utilité, pour leur classification et leur étude, de la notion d'étiologie et d'évolution.

Jules Cottet a écrit la plus grande partie du volume : anatomie et physiologie du rein, physiologie de la fonction urinaire, séméiologie de l'urine, exploration physique et fonctionnelle des reins, les grands syndromes rénaux, l'étude clinique et le traitement des néphrites, l'urémie, les cardio-rénaux, la néphrose lipoïdique, la dégénérescence amyloïde des reins, les pyélo-néphrites et la lithiase rénale. Signalons les développements qu'il a donnés en apportant des vues personnelles à ce qu'il appelle la physiologie de la fonction urinaire, à la séméiologie de l'urine, à l'exploration fonctionnelle des reins, et à l'étude clinique des cardio-rénaux. On lira avec un particulier intérêt, en raison des notions dont leur étude s'enrichit dans la période contemporaine, le chapitre consacré aux syndomes d'hyperchloruration et d'hypochloruration de l'organisme.

M. Edouard Michon a écrit, avec sa grande expérience, les chapitres consacrés aux phlegmons péri-néphrétiques, aux périnéphroses, au rein mobile, à l'hydronéphrose, aux kystes du rein, aux reins polykystiques et au cancer du rein.

Nous sommes certains que ce livre, écrit dans un esprit avant tout clinique, rencontrera l'accueil qu'il mérite auprès des médecins soucieux de trouver une mise au point claire et complète d'un des chapitres les plus compliqués de la pathologie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mars 1941

Troubles cardiaques, variés, multiples, transitoires dans une intoxication oxycarbonée aiguë. — MM. Lœper, A. Varay et P. Chassagne. — Homme de 23 ans, après une intoxication oxycarbonée aiguë, a présenté un bruit de galop, des troubles du rythme et des modifications multiples, des tracés électriques (bloc des branches et arythmie complète, puis décalages concordants ou divergents et modifications des espaces ST). Le retour à la normale fut complet en six semaines. Les auteurs discutent leur pathogénie : lésions hémorragiques ou anoxémie agissant directement sur le myocarde ou provoquant une ischémie.

Enorme azotémie dans une intoxication oxycarbonée aiguë. — MM. Lœper, A. Varay et P. Chassagne (avec la collaboration de M. Jean Cottet). — Le malade, faisant l'objet de la communication précédente, a présenté un syndrome néphritique aigu avec azotémie atteignant 5 gr. 18 pendant dix-huit jours. Des troubles de l'élimination de la P. S. P. furent observés parallèlement. Les auteurs discutent la pathogénie hémorrag'que ou anoxémique de cette azotémie en cours et concluent que l'azotémie doit être recherchée systématiquement dans les intoxications oxycarbonées aiguës.

Origine anatomique des hémoptysies. — MM. Ameuille et J. Fauvet pensent que les hémoptysies des tuberculoses destructives sont dues à une lésion vasculaire : ulcération de la paroi vasculaire ou dilatation anévrysmatique rompue. Ces lésions sont faciles à trouver à l'autopsie en employant des méthodes adjuvantes. Par injection dans l'artère pulmonaire du cadavre d'une masse au carmin, ils ont découvert l'origine de l'hémorragie quatre fois plus souvent que par la recherche directe. Ils croient qu'un certain nombre de modes de sortie du sang des hémoptysies sont encore à découvrir, certaines venant peut-être des veines pulmonaires ou de l'artère bronchique.

Myélite aiguë transverse vraisemblablement infectieuse; traitement sulfamidé; guérison complète en 2 mois. — MM. J. Milhit, J. Fouquet et M. Raynaud. — Il s'agit d'un cas de myélite aiguë transverse, ayant réalisé le tableau de section complète de la moelle. Sous l'influence d'un traitement comportant notamment 50 gr. de Dagénan absorbés en 25 jours, il y a eu régression progressive et moins de deux mois après le début de l'affection on put parler de guérison totale. Les auteurs se contentent de joindre leur observation à celle que publièrent, le 15 novembre 1940, M. Guillain et Mlle Corre.

Sur un syndrome neuro-œdémateux épidémique. — MM. Julien Marie, P. Seringe et R. Mande présentent les observations de quatre jeunes enfants de moins de 5 ans, atteints d'une affection particulière qu'ils ont décrit avec M. Robert Debré, évoluant en deux phases : 1° une phase prélude, d'allure grippale, avec douleurs intenses et intermittentes, d'une durée d'une à trois semaines ; 2° une deuxième période, caractérisée par deux symptômes : les œdèmes et les paralysies. Les œdèmes sont remarquables par leur intensité et leur diffusion, par l'absence de tout signe d'atteinte rénale. Le syndrome neurologique consiste en paralysie flasque, progressive, des muscles de la statistique vertébrale et de la ceinture pelvienne ; les troubles du pouls et de la respiration sont constants, pouvant entraîner la mort. Les réflexes tendineux sont habituellement conservés et l'intégrité du liquide rachidien est complète.

Les auteurs séparent ces faits de la poliomyélite aiguë et concluent à l'individualité clinique de ce syndrome neuro-œdémateux épidémique.

Discussion. — M. de Sèze souligne les analogies qui permettent de rapprocher ces belles observations du tableau clinique et expérimental du béri-béri. Œdème, tachycardie, polynévrite, avec intégrite du liquide céphalo-rachidien, évolution vers la mort par accidents bulbaires ou vers la guérison complète, tous ces éléments si particuliers se retrouvent aussi dans le béri-béri.

Il serait très intéressant, dans des cas de ce genre, même en l'absence de toute notion de carence alimentaire, d'essayer l'effet d'un traitement d'assaut par les injections de fortes doses de vitamines B_1.

Etude expérimentale de l'oxycarbonisme chronique. La polyglobulie oxycarbonée et la persistance de l'oxyde de carbone dans le sang. — MM. Duvoir et Truffert. — En collaboration avec M. Jardin et M. Truffert, les auteurs ont tenté de créer chez un lapin un état d'oxycarbonisme chronique (96 jours dans une atmosphère à 1/10.000e). Ils ont observé une polyglobulie de 10 % correspondant aux 10 % d'hémoglobine saturée par l'oxyde de carbone. Les auteurs cherchent à expliquer la persistance de l'oxyde de carbone dans l'oxycarbonisme chronique. Ils pensent qu'il s'agit d'un emmagasinement de CO dans l'organisme.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

Séance du 15 février 1941

Traitement chirurgical et prothétique par greffe ostéo-périostique et cutanée d'une double pseudarthrose lâche du maxillaire supérieur avec large perte de substance de la région fronto-orbitaire. Consolidation en bon articule. — MM. Dufourmentel et Darcissac présentent une blessée atteinte d'un enfoncement du nez et de l'orbite accompagné de la perte des yeux et d'une disjonction cranio-faciale totale. Ils ont pratiqué la greffe latérale de deux lames ostéopériostique, le maxillaire étant fixé en bonne position par une gouttière à appui cranien ; au bout de quelques semaines la pseudarthrose du maxillaire supérieur était consolidée et l'orifice résultant de la perte osseuse du nez obturée par la greffe d'un lambeau frontal.

Une série de projections permet de suivre les étapes du traitement.

Les auteurs soulignent l'extrême rareté de ces pseudarthroses résultant de traumatismes rarement compatibles avec la survie du blessé.

Présentation d'un grand blessé de la face par accident d'aérostat traité par greffe libre. — M. Dufourmentel a pratiqué plusieurs greffes libres chez ce blessé et restauré successivement les paupières inférieures et supérieures droites et gauches, l'aile du nez et la lèvre supérieure. L'auteur utilise, ce qui s'est rarement fait, la peau dans sa totalité jusqu'à la couche graisseuse.

Communications. Principes généraux de la reconstruction faciale. — Après un bref rappel historique, M. Virenque définit le terme de mutilation que l'on doit réserver aux lésions entraînant une perte complète d'une région faciale s'étendant à la fois à la peau, aux muqueuses, aux muscles et au tissu osseux.

Le traitement en est rendu dificile par la nécessité de concilier les résultats esthétiques et fonctionnels et de réaliser la « symbiose chirurgico-prothétique ».

La prothèse maxillo-faciale étant définie, tout acte extratissulaire qui a pour but d'immobiliser ou de remplacer les régions lésées ou détruites de la face, il importe, dès le début du traitement de délimiter les régions qui seront restaurées par la chirurgie et celles qui demeureront du domaine de la prothèse.

Ce traitement comprendra toujours schématiquement les temps suivants :

1° Une phase de désinfection suivie de prothèse provisoire immédiate, dont le but est l'immobilisation des fragments maxillaires ;

2° Une phase d'autoplasties, soit précoces permettant d'obtenir des lambeaux d'une grande mobilité, soit tardives qui vont parfaire les premières ;

3° Une phase de consolidation ;

4° Une phase de prothèse définitive.

Une série de projections illustre la communication et permet d'apprécier les résultats obtenus aussi bien du point de vue esthétique que fonctionnel.

Note sur l'emploi de l'acide trichloroacétique dans le traitement des plaies gangréneuses chez les blessés maxillo-faciaux du centre de Bordeaux. — M. Darcissac expose que l'écouvillonnage des plaies avec une solution concentrée d'acide thrichloroacétique fait rapidement disparaître les sphacèles, permet un affrontement précoce, remplaçant ainsi l'épluchage chirurgical et évitant de nombreux pansements. On protégera les téguments pour lesquels l'acide est toxique.

Présentation d'un nouveau mobilisateur-dilatateur. — M. Gourdeau présente des gouttières qui, par la matière plastique qu'elles contiennent, s'adaptent immédiatement aux maxillaires.

Ces gouttières, de simples porte-empreintes sont reliées par deux branches mobiles à des biellettes. L'appareil peut aussi bien être utilisé par la contention que pour la mobilisation.

Note sur le « scalp du menton ». — M. Lebourg décrit par ce terme imagé une section du vestibule inférieur avec le décollement sous-périosté des téguments de la région mentonnière.

La suture en est rendue difficile car la rupture se fait à l'union de la fibro-muqueuse et de la muqueuse.

Note sur les blessures faciales par balles. — M. Lebourg oppose les blessures simples par balles pleines aux délabrements importants provoqués par la rupture sur les plans osseux des balles gainées.

Polyblessé avec lésions maxillo-faciales graves. — M. Richard présente l'observation d'un de ses malades atteint à la fois d'une fracture des os du nez, d'une disjonction cranio-faciale, d'une rupture malaire et d'une fracture du maxillaire inférieur.

Le traitement a comporté un appareillage du maxillaire inférieur, la pose d'un casque de Darcissac, et la résection tardive d'une partie du malaire.

Une ionisation calcique de la face a activé la guérison.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 33-34. — 23-26 AVRIL 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CHOIX DES PLACES DES EXTERNES. — Les *externes ayant été mobilisés* et qui se trouveraient *sans place*, devront se présenter à la séance de classement précédant celle pour laquelle ils sont convoqués sur les affiches. *Exemple :* un externe ex-mobilisé et sans place, convoqué pour le samedi 26 avril, se présentera le vendredi 25 avril et ainsi de suite. Les externes ex-mobilisés et qui sont retenus voudront bien ne se présenter qu'à la séance pour laquelle ils sont convoqués sur les affiches. La présente mesure ayant, en effet, pour but de permettre aux externes ayant été mobilisés de choisir leur place avant leurs camarades du même concours qui n'ont pas été mobilisés.

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Gros, chef de travaux stagiaire, est titularisé. M. le Dr Bourgeon est provisoirement chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Piquet, agrégé libre, est chargé d'un cours complémentaire de pathologie externe.

Ecole de Médecine de Tours. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Bondovy, professeur d'histoire naturelle retraité.

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Jean est nommé adjoint au maire du Puy (Haute-Loire). (*J. O.*, 13 avril 1941.)

Le Dr Moissonnier (Maurice) est nommé conseiller municipal de Tours.

Le Dr Moulinas est nommé adjoint au maire de Royan.

Le Dr Dorbes est nommé adjoint au maire de Bègles.

Le Dr Cauvin est nommé adjoint au maire d'Alençon.

(*J. O.*, 17 avril 1941.)

Légion d'honneur. — MARINE. — *Chevalier.* — Est inscrit au tableau spécial de la Légion d'honneur M. le Dr Lemaire médecin chef de l'hôpital de Dunkerque « pour faits de guerre ». — A été cité à l'ordre d'une formation de l'armée de mer.

(*J. O.*, 13 avril 1941.)

GUERRE. — *Chevalier.* — Le médecin capitaine Delteil, du 18e régiment de dragons (croix de guerre avec palme).

(*J. O.*, 13 avril 1941.)

Médaille militaire. — Le médecin auxiliaire Aragon (Louis), du G. S. D. de la 3e division légère mécanique (croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 13 avril 1941.)

La nouvelle Croix de guerre. — *Décret du 28 mars 1941 portant institution d'une nouvelle Croix de guerre.*

Article premier. — A la date du 1er juin 1941, la Croix de guerre définie par les articles 1er et 2 du décret du 4 octobre 1939 est supprimée et ne devra plus être portée par quiconque.

Art. 2. — A la même date, est instituée une nouvelle Croix de guerre, qui comporte la Croix de bronze décrite par l'article premier du décret du 4 octobre 1939, mais portant au revers l'inscription « 1939-1940 », suspendue à un ruban vert de 37 millimètres de largeur avec liseré noir à chaque bord et comportant dans le sens de la longueur cinq raies noires équidistantes d'une largeur de 1 mm. 5 chacune.

Le ruban de boutonnière sera constitué dans les conditions fixées par le décret du 6 novembre 1920.

Art. 3. — Les titulaires de citations revisées, déjà détenteurs de la Croix de guerre de 1939, conserveront la Croix de bronze correspondante et devront se procurer à leurs frais le nouveau ruban.

Art. 4. — Une instruction établie par chacun des secrétariats d'Etat à la guerre, à la marine et à l'aviation, déterminera, en ce qui le concerne, les conditions d'attribution de la nouvelle Croix de guerre définie par le présent décret (*J. O.*, 15 avril 1941.)

Croix du Combattant. — *Décret du 28 mars 1941 portant institution de la Croix du Combattant de la guerre 1939-1940.*

Article premier. — A la date du 1er juin 1941, est instituée la Croix du combattant de la guerre 1939-1940.

Cette croix comporte la Croix de bronze du combattant de la guerre 1914-1918, mais portant à revers le millésime « 1939-1940 ».

Elle est suspendue à un ruban bleu horizon de 36 millimètres de largeur, partagé par trois bandes médianes noires de deux millimètres chacune, séparées entre elles de cinq millimètres ; le ruban est bordé par deux bandes noires latérales de cinq millimètres.

Le ruban de boutonnière reproduit sur fond bleu les cinq bandes noires du ruban de la Croix.

Art. 2. — Sont seuls autorisés à porter la Croix du combattant les titulaires du certificat constatant la qualité de combattant, prévu par l'article 3 du décret du 27 décembre 1940 (V. *J. O.*, 24 janvier 1941).

Les intéressés devront pouvoir justifier leur droit au port de la Croix par la production dudit certificat qui leur tiendra lieu de brevet. La Légion française des combattants reçoit délégation pour procéder au contrôle du port de cette décoration.

(*J. O.*, 15 avril 1941.)

Insigne des blessés. — *Un arrêté, en date du 27 mars 1941 est ainsi conçu :*

Article premier. — Tous les militaires ayant reçu une blessure de guerre pendant la campagne de 1939-1940 sont autorisés à porter l'insigne des blessés créé pendant la guerre 1914-1918.

Il est rappelé que cet insigne se compose uniquement d'une barrette en ruban dont les couleurs sont celles de l'insigne précédemment institué et au milieu de laquelle est piquée une étoile à cinq branches émaillée rouge vif.

Art. 2. — Il ne sera pas délivré de certificat.

Les pièces médicales en possession des intéressés (certificats d'origine de blessure, billet d'hôpital, notification de pensions, etc., etc...), suffiront à justifier de leur droit au port de l'insigne, à la condition qu'elles ne laissent aucun doute sur le caractère de « blessures de guerre » des blessures mentionnées.

Art. 3. — Les intéressés devront se procurer l'insigne à leurs frais, dans le commerce.

(*J. O.*, 15 avril 1941.)

Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux Libres. — Conférences de l'année 1941. — 1er mai : M. L. Dufourmentel. Etat actuel de la question des greffes réparatrices. — 8 mai : M. R. Vaudescal. Conceptions actuelles de l'obstétrique. — 15 mai : M. Jean Lhermitte. La narcolepsie-catalepsie. Syndrome de Gélineau. — 29 mai : M. Clément Simon. Les prurits périnéaux. Etiologie, diagnostic, thérapeutique. — 5 juin : M. Le Mée. Les otites du nourrisson. Maladies locales ou systémiques. — 12 juin : M. Morlaas. La périarthrite de l'épaule. — 19 juin : M. Marc Iselin. Les pleurésies purulentes aiguës. Classification, indications opératoires et choix des méthodes. — 26 juin : M. Robert Ducroquet. Les redressements progressifs en orthopédie et leur consolidation. — 3 juillet : M. Soulas. Bronchoscopie et bronchologie. — 10 juillet : M. Maurice Delort. Les méthodes thérapeutiques en gastro-entérologie. Leurs contrôles d'efficacité.

LOI DU 2 AVRIL 1941
relative à la création ou à l'extension de cabinets médicaux

Article premier. — Les dispositions du décret du 20 mai 1940 sont abrogées en ce qui concerne les cabinets médicaux.

L'exercice de la médecine est et demeure soumis aux conditions fixées par les lois des 30 novembre 1892, 16 août 1940 et 7 octobre 1940.

Toutefois, aucun médecin ne sera admis à pratiquer son art au lieu et place d'un médecin prisonnier de guerre, sinon à titre provisoire et jusqu'au retour de ce dernier.

Art. 2. — Le Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins pourra, sur demande du Conseil départemental, fixer, par délibération spéciale, le nombre maximum de médecins susceptibles d'exercer leur art dans un département. Ce nombre ne pourra, en aucun cas, être inférieur à celui des médecins en exercice dans ledit département à la date du 1er septembre 1939.

L'application de cette décision incombera au Conseil départemental de l'Ordre. L'inscription au tableau institué par l'article 8 de la loi du 7 octobre 1940 ne pourra être refusée par le Conseil dépatemental pour motifs tirés de l'encombrement de la profession, à moins que l'inscription sollicitée n'ait pour effet de dépasser le maximum fixé par la délibération du Conseil Supérieur.

Art. 3. — Les cabinets créés entre le 1er septembre 1939 et le 20 mai 1940 ne pourront être maintenus après la cessation des hostilités qu'avec l'autorisation de l'ordre départemental des médecins. Les intéressés auront un délai de trois mois pour solliciter lesdites autorisations. En cas de refus, appel de la décision pourra être porté devant le Conseil supérieur, qui statuera, sauf recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat.

(*J. O.*, 18 avril 1941.)

LIVRES NOUVEAUX

Séméiologie chirurgicale, par le Prof. G. Jeanneney (de Bordeaux). Un vol. in-8° de 253 pages, illustré. Deuxième édition (*Collection des Initiations Médicales* publiées sous la direction du Dr A. Sézary). Masson, éditeur, Paris. Décembre 1940.

Voici un excellent opuscule qui rendra les plus grands services aux jeunes étudiants et même aux vieux étudiants que sont toujours les médecins. Notre confrère et ami, le professeur Jeanneney, a condensé en moins de 300 pages les conseils que lui dictait sa longue expérience et son esprit toujours avisé. Si quelqu'un peut donner le sens clinique à des étudiants, c'est bien M. Jeanneney qui le possède au plus haut point et qui possède aussi le bon sens, tout court, qui est, après tout, la première qualité d'un bon médecin. Lisez ce petit livre et conservez-le soigneusement. Il est de ceux qui ne vieillissent pas.

F. L. S.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.



TRAITEMENT DES DYSTOCIES PELVIENNES

Par MM.
Courtois et Philippe
accoucheur en chef *accoucheur adjoint*
du Centre Obstétrical de Saint-Germain-en-Laye

La difficulté la plus fréquente de l'obstétrique réside dans les dystocies limites où la disproportion céphalo-pelvienne est minime, le bassin limité. Avant le travail, l'évolution obstétricale de ces cas est une énigme impossible à résoudre car le pronostic mécanique dépend : de la résistance des parties molles, — de la malléabilité, de l'adaptation et de la bonne orientation de la présentation, — de la valeur qualitative et quantative des contractions utérines. Autant d'éléments inconnus que le travail peut seul préciser.

Dans l'énoncé de ce qui va suivre, nous nous appuierons sur ce que nous ont appris seize années de pratique de l'obstétrique et plus particulièrement les dystocies de plus de 8.000 accouchements pratiqués au centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye. Les dystocies y sont cumulées par l'envoi de la majorité des cas difficiles (d'environ 20.000 accouchements) d'une circonscription vaste et peuplée. Nous avons ainsi traité plus de 800 dystocies graves : 310 par césariennes abdominales (253 césariennes basses) et le reste par interventions obstétricales importantes.

Nous étudierons d'abord le dépistage des bassins rétrécis. Nous classerons ces bassins et éliminerons ceux qui ne permettent pas l'épreuve du travail, nous traiterons ensuite l'épreuve du travail, voulue dans les cas de choix; nous terminerons par la conduite à tenir, imposée de toute nécessité, dans les cas négligés et tardifs.

I. — *Dépistage des bassins rétrécis* (1)

A) On distingue rapidement au toucher vaginal, les différents *types de bassin* de la façon suivante : le doigt atteint le promontoire seul, l'arc antérieur du bassin est à grande courbure (semblable à celui d'un grand bol) : c'est un *bassin aplati pur*, — si l'arc antérieur est en forme d'angle, ses courbures étant redressées latéralement : *bassin aplati à mauvais arc antérieur.*

Le doigt partant du promontoire suit le contour du détroit supérieur, l'arc antérieur est de petite courbure (semblable à celle d'une petite tasse à thé) : *bassin généralement rétréci annelé.*

Si en plus, le doigt atteint plusieurs faux promontoires, le *bassin* est *étagé*, mauvaise excavation.

Si le doigt ne quitte pas la face antérieure du sacrum, le *bassin* est *canaliculé*, très mauvaise excavation.

Le doigt suit le contour du détroit supérieur, mais l'arc antérieur est à grande courbure (celle d'un grand bol) : *bassin aplati et généralement rétréci.*

Le doigt n'atteint pas le promontoire mais assez facilement les lignes innominées latéralement et les épines sciatiques, l'arc antérieur est de petite courbure : *bassin aplati transversalement*, dystocies du détroit moyen).

Les *bassins asymétriques* ont une inégalité de courbure de leurs deux moitiés et un sacrum déjeté.

Au détroit inférieur, les branches ischio-pubiennes sont rapprochées anormalement, l'ogive sous-pubienne au lieu de se rapprocher du plein cintre devient un angle aigu semblable à celui délimité par la jonction, à leur base, de l'index et du médius écartés : *bassin cyphotique en entonnoir.*

La pointe du sacrum est rapprochée du pubis : sacrum en hameçon.

B) Le type de bassin étant précisé, il faut le mesurer.

1. — Mensuration du détroit supérieur.

En pratique, on recherche le diamètre utilisable promonto-rétro-pubien. Pour le mesurer correctement, il faut, par toucher vaginal, atteindre le promontoire en visant très haut sur la ligne médiane. On évitera les faux promontoires caractérisés par les trous sacrés qui les flanquent. L'index droit posé sur le promontoire, on relève la main pour que l'arcuatum sous-pubien vienne appuyer sur la région phalango-métacarpienne externe de l'index. On marque alors avec l'ongle de l'index gauche ce point d'impact de l'arcuatum et on mesure la distance qui le sépare de l'extrémité de l'index.

Du chiffre ainsi trouvé, pour connaître la mesure du diamètre utile promonto-rétro-pubien, on déduira un nombre de centimètres variables selon l'angle fait par la direction du promontoire avec l'axe de la symphyse. En pratique, il est suffisant de mesurer l'angle fait par le pouce droit (érigé après abduction maximum, donc à angle droit, sur la direction de l'index touchant le promontoire) avec la face antérieure de la symphyse. [Ce procédé nous est particulier (2)].

Pour un angle nul, on déduira 1 cm. 5 ; pour 10°, 2 cm. 3 ; pour 20°, 3 cm. 3 ; pour 30°, 4 cm. ; pour 40°, 5 cm. ; pour 60°, 6 cm.

2. — Mensuration du détroit inférieur.

Le diamètre bi-ischiatique se mesure en notant la distance marquée entre les deux pouces dont les pulpes sont placées sur les faces internes des tubérosités ischiatiques ; on ajoute 2 cm. au chiffre ainsi trouvé.

Le type du bassin rétréci étant connu, ses diamètres mesurés, on peut le classer. Nous éliminerons ainsi de cette étude les bassins trop rétrécis dits chirurgicaux, justiciables d'une voie haute d'emblée : césariennes basses classiques au début du travail (cas purs), — césariennes basses drainées, selon notre technique, dans les cas suspects — une césarienne mutilatrice dans les cas impurs et infectés.

II. — *Bassins ne permettant pas l'épreuve du travail donc chirurgicaux d'emblée*

Ce sont : les bassins aplatis purs de moins de 8 cm. de diamètre promonto-rétro-pubien, les bassins aplatis généralement rétrécis à arc antérieur redressé de moins de 8 cm. 5 ; généralement rétrécis de moins de 9 cm. ; les canaliculés de moins de 9 cm. 5 ; les asymétries violentes ; les bassins ostéo-malaciques ; les bassins couverts ou obstrués ; les bassins cyphotiques de moins de 8 cm.

Ils sont justiciables de la césarienne d'emblée au début du travail (environ 4 % de mortalité). Au contraire les bassins dont les chiffres sont supérieurs à ceux énoncés ci-dessus sont justiciables de l'épreuve du travail.

Nous n'insisterons pas sur l'accouchement prématuré provoqué, toujours aléatoire, surtout chez la primipare où il comporte des échecs en raison de la difficulté qu'il y a à ne pas faire naître trop tôt un fœtus trop petit et peu viable, ou trop tard un fœtus trop gros dystocique.

III. — *Epreuve du travail* (2)

Nous étudierons successivement les contre-indications, les indications, les conditions, la surveillance, les modalités, les différentes évolutions et modes de terminaison de l'épreuve du travail.

(A) Contre-indications de l'épreuve du travail

Elles se déduisent de l'état de la mère, de la disproportion fœto-pelvienne, de l'état du fœtus.

1. — Contre-indications maternelles :

Les femmes de plus de 40 ans, de *mauvais état général*, les toxémies gravidiques (éclamptisme, éclampsie, apoplexie utéro-placentaire), tuberculose, cardiopathies, toutes les dyspnées, maladies infectieuses, obésité, diabète, utérus multi-fibromateux ; obstacles prævia (3) ; placenta prævia recouvrant, tumeurs prævia, sclérose et cicatrices graves cervico-segmentaires, rigidité et atrésie du vagin (14).

L'éclamptisme qui s'aggrave malgré repos, régime, traitement demande l'interruption de la grossesse. L'éclampsie convulsive vue dans les premières heures est justiciable de la voie haute qui donne les meilleurs résultats et sauve l'enfant. La placenta prævia où l'on ne peut atteindre, ni rompre les membranes demande la césarienne. L'apoplexie

utéro-placentaire de même quand morphine et rupture de la poche des eaux n'amènent pas une parfaite détente.

Le vaginisme extrême est à la fois un signe de mauvais bassin, de mauvais utérus et de mauvaises parties molles.

2. — Contre-indications provenant de la disproportion céphalo-pelvienne :

La mobilité et l'élévation excessive de la tête au-dessus du bassin qu'elle déborde ; l'acromion fœtal est à plus de 7 cm. au-dessus de la symphyse. La tête ne se fixe pas malgré la manœuvre du palper mensurateur de Pinard qui la pousse sur l'aire du détroit supérieur et les doigts de la main palpante arrivent à s'insinuer entre cette tête et l'arc antérieur du bassin. Le toucher révèle un segment inférieur épais, des culs-de-sacs vaginaux sans profondeur. La pression manuelle introductrice de la tête (manœuvre de Muller) ne fait pas descendre cette dernière qui ne se coiffe pas du segment inférieur et du fornix en les déplissant ; il faut surtout se méfier des bassins canaliculés à nombreux faux promontoires et tenir grand compte d'une poche des eaux précocement cylindrique et pédiculée.

3. — Contre-indications fœtales :

Présentations de l'épaule, du front (4), de la face, primitives irréductibles. Grosse tête dure ossifiée. Présentation du siège (14) en bassin généralement rétréci, gros siège décompleté de primipare âgée. Le gros enfant : on le soupçonnera, à terme dépassé, chez les femmes obèses et diabétiques et dont la hauteur utérine excède 38 cm.

L'enfant unique, tardif, très désiré. La fragilité fœtale habituelle, la mort habituelle du fœtus pendant le travail. Les enfants de syphilitiques.

Toutes ces contre-indications maternelles et fœtales sont justiciables de la voie haute d'emblée.

(B) Indications de l'épreuve du travail

Elles sont avant tout : une femme en bonne santé, sans fièvre, au pouls normal, pas de souffrance fœtale. S'assurer d'abord qu'il n'existe pas de disproportion céphalo-pelvienne évidente.

La tête ne déborde pas le contour du détroit supérieur. L'expression manuelle sus-pubienne de la tête ou l'expression haute du fond de l'utérus (redressé si nécessaire), sans montrer d'engagement, amorce une tendance à la fixation : de mobile, la tête devient à peine mobilisable. L'acromion fœtal est à moins de 7 cm. de la symphyse.

On ne peut glisser les doigts entre la tête et le bassin. Une main, mise à plat sur la face antérieure de la symphyse ne déborde pas l'autre main mise à plat sur la présentation. La main qui glisse à plat en remontant sur la face antérieure de la symphyse ne bute pas contre la présentation céphalique mais glisse aussi sur elle sans ressaut ; il n'y a pas de signe de compression pelvienne.

(C) Condition de l'épreuve

Il convient que l'épreuve du travail se déroule en milieu chirurgical, la femme rasée, protégée par des garnitures stériles, et que les plus grandes précautions d'asepsie soient prises pour les touchers qui doivent être très rares. Les risques infectieux sont diminués à l'extrême par l'usage préventif de 6 grammes de septazine par 24 heures pendant le travail.

(D) Surveillance de l'épreuve

I. — Les contractions utérines, la résistance maternelle. Le mobile fœtal ne s'engageant dans le canal maternel que grâce aux contractions de l'utérus, il faut apporter toute sa surveillance et ses soins à l'étude de ces dernières, afin de leur donner le maximum d'efficacité sans risque. On peut prévoir de mauvaises contractions en cas d'utérus trop distendu, trop oblique, tordu, cylindrique, cordiforme, notamment chez les infantiles.

L'utérus est mou ; les contractions irrégulières, insuffisantes aboutissent peu à peu à l'inertie : la femme souffre des reins. — Les contractions excessives amènent la rétraction utérine, puis des risques de rupture. — Quand la contraction est anormale, le col s'œdématie, devient rigide, ne se dilate plus, la poche des eaux se rompt prématurément, des procidences graves peuvent se produire, le fœtus souffre et meurt, l'infection amniotique ne va pas tarder.

Il convient donc, dès le début de l'épreuve, de régulariser les contractions utérines. En cas d'irrégularité, arrêter quelques heures le travail par 2 centigr. de morphine. En cas de douleurs insuffisantes, inefficaces, d'utérus mou, redresser le corps utérin, décoller le pôle inférieur de l'œuf, ramener le col au milieu et donner des petites doses répétées de quinine, de spasmalgine et de post-hypophyse. En cas de douleurs excessives : morphine, spasmalgine, chloral. Atropine morphine en cas de spasme douloureux du col « en fil de fer ». Cette thérapeutique étant appliquée en suivant sans cesse son effet sur l'utérus. Ainsi la femme ne se fatigue pas et l'utérus fait tout l'effort qu'il peut fournir.

2. — Le fœtus.

D'autre part, vérifier que le fœtus ne souffre pas. Ce qui est à redouter dès que le chevauchement des os du crâne est excessif et trop prolongé.

La souffrance fœtale se traduit par une perte continue de méconium, l'assourdissement, l'irrégularité, le ralentissement des bruits du cœur de 120 à 100 et au-dessous ; quelquefois des soubresauts convulsifs le plus souvent alors terminaux.

Pour ne pas faire courir de risque à la mère, ni à l'enfant en vue du recours à la voie haute en cas d'échec, l'épreuve du travail ne doit pas dépasser 12 heures (200 contractions utérines sont un maximum qu'il ne faut pas atteindre).

(E) Modalités de l'épreuve du travail

Nous distinguerons deux phases successives.

1. — Dans une première phase, on laisse le travail se poursuivre pendant environ 9 heures chez la primipare, 6 à 7 heures chez la multipare. Cette phase est raccourcie à l'extrême par le régime déchloruré des six dernières semaines de grossesse et l'usage de la spasmalgine et de l'atropine-morphine selon l'importance de la douleur et de la dilatation. On arrive ainsi à raccourcir cette phase de 4 à 5 heures.

2. — Dans une seconde phase, on rompt la poche des eaux et on attend au maximum 2 à 3 heures, soit une cinquantaine de contractions, pour juger de l'effet des efforts expulsifs combinés de l'utérus, de la paroi abdominale et de l'expression faite par un aide. Ce procédé se pratique plutôt à dilatation complète. Personnellement (2), nous raccourcissons cette seconde phase de l'épreuve à une demi-heure chez la multipare, une heure chez la primipare en combinant l'action d'une anesthésie légère sans abolition des réflexes et la post-hypophyse. 20 à 40 contractions suffisent pour juger. Cette méthode peut s'utiliser dès la dilatation de petite paume, pourvu que le col soit mince et souple.

Par ces différents procédés, l'épreuve du travail est raccourcie à l'extrême, et par conséquent, la mère et l'enfant ne sont pas fatigués, si on prend soin d'arrêter cette épreuve dès qu'elle ne semble plus amener de progrès ; les interventions qui suivent sont alors pratiquées dans les meilleures conditions de choix.

Un travail court et peu douloureux est la meilleure prophylaxie des chocs, embolies, thromboses, morts subites.

(F) Evolution et modes de terminaison de l'épreuve du travail

L'épreuve doit se terminer par un choix de : voie haute ou voie basse.

1. — L'épreuve réussit pleinement (deux tiers des cas). Les contractions sont bonnes, énergiques, progressives ; la tête appuie sur le col. La présentation s'amoindrit et s'oriente favorablement selon le type de bassin.

Amoindrissement et orientation favorables dans chaque type de bassin :

Dans le bassin plat, la tête doit s'orienter en transverse ni fléchie, ni défléchie, et en asynclitisme. L'asynclitisme se juge selon l'inclinaison latérale de la tête vers le sacrum ou le pubis, c'est-à-dire par la distance de ceux-ci à la suture sagittale du fœtus.

L'asynclitisme surtout postérieur est un mauvais présage : craindre l'enclavement.

Dans le bassin généralement rétréci, la tête s'engage en oblique et hyper-fléchie, la déflexion s'opposerait à tout engagement. Dans le bassin plat et généralement rétréci à bon arc antérieur, la tête amorce l'engagement en transverse, demi-fléchie, en asynclitisme postérieur, puis elle double le promontoire en s'obliquisant un peu, la bosse pariétale postérieure glissant dans le golfe sacro-illiaque ; puis la tête se fléchit et le pariétal antérieur franchit l'arc antérieur. Ici l'excès de flexion primitive est un mauvais présage.

Dans les bassins aplatis et généralement rétrécis avec arc antérieur redressé, la tête hyperfléchie se met en asynclitisme postérieur modéré (toujours redouter un enclavement progressif dans une excavation canaliculée réduite).

Dans les bassins transversalement rétrécis, la tête s'engage sagittalement sans rotation.

Dans les bassins asymétriques modérés, l'occiput doit se trouver au large, du côté le plus vaste (en général le côté indemne), la tête s'engage en transverse ou en oblique, occiput en arrière. L'hyperflexion est favorable.

Dans les bassins touchés au détroit inférieur, l'épreuve du travail est une épreuve de dégagement. La présentation doit sortir en asynclitisme entre les ischions trop rapprochés ; l'occipito-sacrée et la présentation de la face sont favorables.

La présentation, favorablement amoindrie et orientée selon chaque type de bassin, se fixe et s'engage : elle se coiffe étroitement, sur tout son pourtour du segment inférieur et du col (qui se dilate très vite) et distend les culs-de-sacs du vagin qui deviennent amples et profonds et appuie enfin sur le périnée, ce qui accroit les efforts spontanés de l'expulsion.

L'engagement parfait se reconnait à ce qu'on ne peut placer deux doigts de champ entre la présentation (et non une volumineuse bosse séro-sanguine (*) qui pourrait la recouvrir) et le plan coccy-périnéal. Le palper sus-pubien habituel ne donne plus rien de précis : les doigts doivent plonger derrière la symphyse pour percevoir le pôle céphalique ; l'acromion est à moins de 3 cm. de la symphyse.

L'engagement fait, *l'accouchement se termine* naturellement sinon, lorsque la femme est fatiguée par les résistances successives qu'a rencontrées son utérus, on pratique une banale application de forceps dans l'excavation pour la soulager.

Dans les cas favorables de présentation du siège, l'engagement doit se faire vite, profondément, facilement ; en cas de fatigue de l'utérus, on pourra aider une manœuvre de Mauriceau un peu difficile par une application de forceps sur la tête dernière.

2. — L'épreuve du travail n'est pas très concluante.

Quoi qu'il n'y ait aucune dystocie dans l'excavation qui est bonne, le sommet bien amoindri et bien orienté se fixe, mais ne s'engage pas, sans toutefois nullement déborder. La pression manuelle sus-pubienne exercée sur la tête est perçue par le toucher vaginal, la dilatation ne se termine pas ; la femme s'épuise ; rien ne progresse plus — il peut également s'agir d'un siège qui est descendu jusque sur le périné mais ne se dégage pas ou d'une présentation de la face qui ne tourne pas en avant.

L'obstacle n'est pas infranchissable : il faut se substituer à la femme fatiguée et terminer artificiellement.

Pour terminer artificiellement l'accouchement, il faut s'assurer d'abord une dilatation complète du col, on l'obtiendra chez la primipare aux cul-de-sacs vaginaux étroits par la césarienne vaginale ; en cas de cul-de-sacs larges admettant la longueur de l'index, il suffira de pratiquer quatre grandes incisions du col en croix de Saint-André. Chez la multipare, on aura plutôt recours à la dilatation manuelle du col sous rachi-anesthésie. Au moindre doute sur la valeur des parties molles, on pratiquera une épisiotomie bi-latérale préventive.

(*) Que de fois la bosse séro-sanguine à la vulve fait croire à un engagement, alors que la plus grande partie de la tête est au-dessus du détroit supérieur.

Pour extraire l'enfant on pourra hésiter entre la version et le forceps.

La version présente des risques fœtaux plus grands, elle n'est pratiquable que si la poche des eaux est rompue depuis peu de temps, l'utérus souple, la tête encore élevée et mobilisable ou dérapant dans la fosse illiaque. La version est surtout recommandable en cas de bassin plat, asymétrique, ou d'échec de forceps au détroit supérieur.

L'extraction de la tête dernière comportera une manœuvre de Champetier de Ribes grandement facilitée par l'expression sus-pubienne et en cas d'échec par la symphysiotomie partielle de Zarate.

Le *forceps au détroit supérieur* devra être appliqué sur la tête fixée sans modifier son modelage et son orientation. Nous utilisons le forceps Demelin en faisant une prise oblique sur les variétés transverses, et correcte sur les variétés obliques. Le forceps Demelin permet de reproduire artificiellement à volonté toutes les évolutions naturellement exigées par chaque type de bassin et permet notamment d'exercer des tractions localisées sur la cuillère, qui ne tend pas à s'engager, corrigeant ainsi les asynclitismes néfastes.

Une expression sus-pubienne faite par un aide sur la cuillière antérieure facilite grandement l'engagement. Dans les cas très difficiles on pratiquera la manœuvre de Lantuéjoul : application de forceps Demelin sur la femme assise au bord de la table, les cuisses hyper-étendues sur le bassin (en position de Crouzat Walcher). Puis, tout en maintenant les tractions sur le forceps, on fléchira à l'extrême les cuisses sur le bassin, les jambes étant en hyper-extension (en position de Devraigne-Descomps). L'échec de cette manœuvre entraîne une symphiosotomie de Zarate, tout au moins chez la multipare.

3. — L'épreuve échoue :

La poche des eaux s'est rompue tôt (depuis 5 ou 6 heures). La tête s'oriente mal, le chevauchement et l'asynclitisme sont excessifs et persistants, l'engagement ne se produit pas, la disproportion céphalo-pelvienne apparaît manifeste, l'acromion reste à 7 cm. de la symphyse, le canal cervico-segmentaire s'épaissit, le col s'efface mal, il se dilate en manchette, sa dilatation s'arrête, un œdème mécanique par compression apparait : œdème d'une lèvre du col dans le bassin plat, œdème circulaire dans le bassin généralement rétréci.

La femme s'est fatiguée sur une série de dystocies qui finissent par arrêter toute progression dans la présentation. Le sommet, après avoir franchi le détroit supérieur, s'arrête sur les épines sciatiques saillantes et les branches ischio-pubiennes rapprochées (dystocie du détroit moyen). La face s'enclave sans tourner en avant, le siège ne s'engage pas.

L'utérus s'épuise et devient de plus en plus inerte ou se révolte sur l'obstacle et se tétanise. Il ne faut pas attendre le danger de rupture utérine pour intervenir (amincissement extrême du segment inférieur qui bombe, l'anneau de Bandl remonte en étranglant l'utérus qui prend ainsi la forme d'un sablier segmento-corporéal.

L'épreuve du travail a échoué, il convient de recourir sans tarder à la *césarienne basse* qui, dans ce cas, donne 2 à 4 % de mortalité.

IV. — Conduite imposée par la nécessité dans les cas tardifs négligés (8)

Nous étudierons successivement les différents types infectieux de cas négligés, puis les techniques chirurgicales et médicales employées, enfin nous résumerons la conduite à suivre.

Nous sommes bien obligés de traiter les cas négligés aussi tard qu'on nous les montre. Ici aucune solution n'est bonne, il faut seulement choisir entre des inconvénients plus ou moins détestables.

(A) Types infectieux

Nous diviserons ces cas en suspects, impurs, infectés, très infectés, désespérés. Tous ces cas ont grandement bénéficié de l'emploi local et général des sulfamides, précocement et à doses massives.

1. — Cas suspects.

La femme est en travail depuis 12 à 20 heures. Le col est œdématié, la dilatation entre cinq francs et grande paume. La température avoisine 37°8, le pouls 90 ; la femme a subi des manœuvres obstétricales ; il peut même y avoir des procidences fœtales : la césarienne basse drainée donne 5 % de mort. Elle constitue un grand progrès dans ces cas suspects.

2. — Cas impurs.

La femme est en travail depuis 20 ou 24 heures, la dilatation de grande paume à complète ; la température est 38° ; le pouls 100 (traduisant la forme légère d'infection amniotique appelée fièvre du travail), le faciès est fatigué. L'utérus se rétracte. Le fœtus souffre : la *césarienne basse drainée* donne de 6 à 10 % de mortalité.

La poche des eaux est rompue depuis 20 heures, les pertes sont méconiales, épaisses, odorantes. L'utérus est rétracté. Le segment inférieur infiltré, rigide. Ici, césarienne basse drainée et *césarienne mutilatrice* donnent une mortalité à peu près semblable de 10 %. Nous réservons la césarienne basse drainée aux primipares dont l'enfant est en grand danger.

Chaque fois que les parties molles ne risqueront pas des lésions trop graves, on essaiera plutôt un forceps au détroit supérieur (8 % de mortalité).

3. — Cas infectés (infection amniotique moyenne).

La femme est en travail depuis 24 à 30 heures, poche des eaux rompue depuis plus de 20 heures, les pertes sont verdâtres, fétides, la température 38°5, le pouls 110. Le faciès est altéré, les traits sont tirés, plombés. La femme lassée, agitée, impatiente, pousse des cris sourds incessants et implore, pour en finir, n'importe quelle intervention. Elle a des défaillances lipothymiques, sa tension est basse. L'utérus est très rétracté, le segment inférieur en « carton mouillé », les parties molles friables, en « papier buvard ». L'enfant est moribond, sans intérêt. Dans ces cas, l'opération de Portes donne 7 à 8 %, la *césarienne mutilatrice drainée* donne de 9 à 15 % de mort. Nous leur préférons, chaque fois que l'utérus n'est pas rétracté, surtout chez la multipare, le *forceps* au détroit supérieur qui donne 10 % de mort et l'embryotomie (plus dangereuse puisque sa mortalité dans ces cas est plus élevée).

4. — Cas très infectés (infection amniotique grave).

Le travail dure, poche des eaux rompue, plus de 30 heures, la température est à 39°, le pouls petit à 130. La femme est en tuphos, son faciès grippé. L'utérus est infiltré, rigide, extrêmement fragile, enserrant étroitement un fœtus mort. Les parties molles sont extrêmement friables, les pertes sont brunâtres, très fétides, irritantes, provoquant un œdème rouge génito-crural : la *césarienne mutilatrice* rapide de *Porro* avec *extraction* en bloc de l'œuf et de l'utérus, et drainage de *mickulicz* donne 10 à 24 % de mort.

5. — Cas désespérés (infection amniotique anaérobie).

L'utérus est sonore, crépitant (physométrie), le fœtus gonflé de gaz comme une baudruche, friable comme de l'amadou. *L'intervention mutilatrice* donne ici de 25 à 40 % de mortalité.

Toute voie basse est complètement impossible étant donné la friabilité extraordinaire des parties molles.

6. — Infection après césarienne basse.

27 % des femmes qui meurent après césarienne basse succombent à l'infection. Là aussi la sulfamidothérapie a une action prophylactique et curatrice très heureuse. Mais il faut toujours, parallèlement à ce traitement, réintervenir, quand il s'agit de péritonites (9) (qui constituent 80 % de ces infections).

On peut distinguer trois types de péritonites après césarienne basse.

a) *La péritonite immédiate* (dans les 24 heures).

Les liquides utérins septiques diffusés dans l'abdomen lors de l'ouverture de l'utérus ont infecté le péritoine. L'état de la femme s'aggrave sans cesse ; la température monte sans cesse, 39°, 39°5, 40° ; le pouls très rapide est petit. La femme souffre de douleurs diffuses de l'abdomen. L'utérus est en bon état, on ne l'enlève pas ; on met un mickulicz péri-utérin et on place un vaste drainage abdominal.

b) *La péritonite différée* (3e ou 4e jour).

L'infection progressive de l'utérus et de sa suture se propage au péritoine. Après une phase douteuse, l'état général et le faciès s'altèrent. La femme souffre de douleur abdominale diffuse, la diarrhée est profuse. L'infection de l'utérus nécessite une hystérectomie rapide et un vaste drainage abdominal.

c) *La péritonite tardive* (6e jour).

Elle est causée par la diffusion lente d'une cellulite suppurée pelvienne extensive.

Vers le sixième jour, le faciès s'altère ; la température est variable ; le pouls rapide, à 120 — la subocclusion s'installe, le ventre douloureux se météorise.

Il faut drainer toutes les collections.

(B) Techniques employées dans les cas infectés

1. — Césarienne basse drainée (Courtois, Bouchacourt) (11).

Laparotomie — champs bordants pariétaux —. Protection de la cavité abdominale par un cadre de compresses (imbibées de soluseptazine) bordant l'incision du segment inférieur et obturant les espaces pariéto-utérins. Extraction du fœtus et du délivre, la femme remise en position horizontale, pour éviter que les liquides septiques issus de la cavité utérine n'infectent la grande cavité péritonéale (emploi de l'aspirateur) — soluseptazine dans l'espace vésico-utérin (10) — Mickulicz, fixé au catgut sur tout le pourtour de la suture utérine. On peut drainer les espaces celluleux sous-péritonéaux décollés par un drain inter utéro-vesical sortant par le vagin — on met un autre drain dans la poche du micklicz. Changer de gants et d'instruments pour suturer en un plan la paroi qu'on imbibe de sulfamides.

2. — Césarienne de Portes modifiée.

Laparotomie. Extériorisation de l'utérus. On ferme temporairement la paroi abdominale, au-dessus de l'utérus extériorisé, par des pinces à griffes, on entoure l'utérus de champs. On extrait l'enfant par césarienne basse. On place un mickulicz fixé au catgut sur le pourtour de la suture utérine, on bascule l'utérus en avant. On place le sommet d'un deuxième mickulicz dans le Douglas et on le fixe au catgut à la face postérieure de l'utérus en le rabattant largement sur le dessus de l'utérus et des ligaments larges qu'on isole ainsi complètement par une tente de gaze de la grande cavité péritonéale. On ferme la paroi aux fils de bronze au-dessus du mickulicz supérieur. Les deux mickuliczs contenant dans leurs sacs un drain central. Sulfamides locales, qu'on peut répéter surtout par les drains du mickulicz.

3. — Césarienne mutilatrice de Porro modifiée.

Laparotomie. Extériorisation de l'utérus. On protège la cavité péritonéale par des compresses abdominales et en fermant aux pinces à griffes la partie haute de l'incision pariéto-abdominale. Ouverture du péritoine segmentaire, décollement vésico-utérin. On étrangle la région segmentaire de l'utérus avec un gros drain circulaire très serré qu'on fixe à l'utérus par deux catguts (antérieur et postérieur). On met un nœud de catgut sur les pédicules supérieurs qui sont inclus dans la striction et deux autres ligatures de sécurité sur les utérines. On clampe le segment inférieur et on sectionne ce dernier entre clamps et ligature circulaire. On ôte ainsi utérus et œuf en bloc sans faire couler de liquides septiques.

On recouvre le moignon d'hystérectomie d'un vaste mickulicz (avec drain central) partant du fond du Douglas et fixé au moignon. Paroi en un plan aux fils de bronze.

4. — Réintervention pour péritonite généralisée dans les suites de césarienne.

Au moindre doute, boutonnière exploratrice (9) en faisant sauter la suture pariétale.

a) *Dans la péritonite immédiate.*

Le plus souvent laisser l'utérus intact.

Un mickulicz partant du Douglas et fixé à la face postérieure de l'utérus et recouvrant l'utérus. Un autre micku-

licz partant du cul-de-sac vésico-utérin et fixé à la face antérieure de l'utérus sur la suture de l'utérus. Un troisième mickulicz dans la région épigastrique, et un drain pariéto-colique gauche allant au contact de la rate, un autre dans l'espace pariéto-colique droit allant au contact du foie.

Drains dans tous les sacs de mickulicz.

Sulfamides locales répétées. Paroi à peine fermée.

b) Péritonite différée.

Hystérectomie rapide. Fendre le moignon cervical en arrière jusqu'au vagin ; mettre un drain cervico-vaginal fixé au moignon — mickulicz partant du Douglas et recouvrant les surfaces de section.

Drain dans le mickulicz — drainages pariéto-coliques et épigastriques comme dans l'intervention précédente.

c) Péritonite tardive.

Ouvrir toutes les collections abdominales et les poches du phlegmon cellulaire pelvi-abdominal. Colpotomie, drain partant du Douglas vers le vagin. Mickulicz recouvrant l'utérus (avec drain dans le sac). Drainage de la cavité abdominale, comme dans l'intervention précédente. Sulfamides locales.

Ces procédés nous ont permis de sauver des césarisées en pleine péritonite généralisée.

5. — Traitement médical (12).

a) Contre le choc.

Sérum physiologique très chaud (contenant adrénaline, ouabaïne, etc.) intra-veineux.

b) Contre la toxémie.

Cortico-surrénale (13) à hautes doses et alcalinisation.

c) Contre l'infection.

Soludagénan. 7 grammes en 24 heures.

(C) Résumé

Depuis 20 ans, la césarienne basse a permis d'opérer, sans risques accrus, dans les douze premières heures du travail. Elle a donc autorisé l'épreuve du travail et évité ainsi un certain nombre de césariennes inutiles.

Dans les cas tardifs, la césarienne basse s'est très améliorée par le drainage fixé et les sulfamides. Ces méthodes modernes permettront de conserver l'utérus tout en levant la dystocie et en sauvant l'enfant dans des cas naguères réservés à la césarienne mutilatrice.

La césarienne basse drainée avec sulfamidothérapie semble possible sans danger supérieur aux autres méthodes jusqu'à la vingt-deuxième heure du travail, poche des eaux rompue depuis 18 à 19 heures, si les pertes ne sont pas fétides, la dilatation complète peut avoisiner la température 38°, le pouls 100, sans atteinte de l'état général.

Ces limites seront peut-être encore reculées par une sulfamidothérapie intense très précoce. Toutefois, actuellement, au delà de ces limites, nous préférons une intervention de Portes modifiée chaque fois que l'utérus peut être sauvé, et une césarienne mutilatrice chaque fois que l'utérus, même d'apparence normale, ne se rétracte pas après la sortie de l'enfant ou ne se contracte pas sous l'injection directe de post-hypophyse.

Chaque fois que l'utérus sera encore souple, après la détente donnée par 2 cgr. de morphine, nous choisirons la voie basse : forceps au détroit supérieur ou symphysiotomie de Zarate, quand le fœtus est vivant, basiotripsie quand le fœtus est mort.

V. — Conclusions

Rien n'est difficile comme de prévoir pour chaque cas de dystocie pelvienne dans quel sens évoluera le travail. Avant le terme il faut s'efforcer de déterminer avec la plus grande précision possible le type de bassin rétréci et de le mesurer. Ces déterminaisons permettent d'éliminer d'emblée les bassins trop petits où il est certain qu'un fœtus à terme de taille normale ne peut passer. Elles permettront également de prévoir un accouchement possible par les voies naturelles chaque fois que le bassin est peu touché et l'enfant de taille normale.

Dans tous les autres cas, nous déciderons de tenter l'épreuve du travail — celle-ci, selon son évolution, nous orientera vers la voie haute ou vers la basse, évitant ainsi un certain nombre de césariennes inutiles et aussi de traumatismes par voie basse : l'obstétrique de violence doit disparaître.

Cette épreuve du travail exige des conditions indispensables d'asepsie et une surveillance continue, attentive. Elle ne doit pas dépasser la douzième heure du travail. La femme ne doit pas se fatiguer, le fœtus ne doit pas souffrir. Elle se terminera ainsi sans risques accrus pour la mère et pour l'enfant.

Dans les cas suspects, impurs, infectés, il faut s'efforcer de sauver la mère, le fœtus quand il est vivant, l'utérus chaque fois que c'est possible.

La césarienne basse drainée, l'opération de Portes modifiée, l'hystérectomie de Porro modifiée permettent de sauver beaucoup de femmes dans les cas tardifs négligés.

Enfin la réintervention précoce avec vaste drainage chez les césarisées atteintes de péritonites permet de sauver des femmes condamnées et d'améliorer la statistique des césariennes risquées.

Toutes ces techniques ont bénéficié extraordinairement de l'usage local et général, à titre préventif et prophylactique, des sulfamides à doses massives données précocement. Une surveillance et un traitement du syndrome toxique post-opératoire évitent bien des accidents. Nous ne reviendrons pas sur ce dernier sujet traité précédemment (12).

De cet exposé nous voudrions mettre en lumière quelques points :

1. — La réelle difficulté des cas limites : au début du travail il est absolument impossible de savoir si la présentation passera ou ne passera pas : souvenez-vous des différents facteurs qui entrent en jeu et de leur importance respective : or, certains sont des inconnus : vous ne pouvez donc résoudre le problème avant l'épreuve des contractions utérines.

2. — La nécessité de tout mettre en œuvre pour appliquer la meilleure solution. Deux soucis capitaux :

a) Ne pas faire une intervention qui peut être évitée ;

b) Ne pas faire trop tard une intervention indispensable.

3. — La conduite à tenir : *attendre*, la solution de choix étant l'épreuve du travail : expectative très surveillée qui permet souvent d'améliorer les conditions (spasme, insuffisance de contractions) et, surtout sans perdre un temps précieux, vital dans certains cas et pour la mère et pour l'enfant, d'avoir au plus tôt une certitude dans un sens ou dans l'autre : voie haute ou voie basse.

4. — *Attendre* mais ne pas *trop attendre*. Est-il besoin de rappeler que le pronostic s'aggrave d'heure en heure? Il serait redoutable de penser que là ou il a fallu faire une césarienne suivie d'hystérectomie avec drainage, et ce pour accueillir un enfant qui ne vivra que quelques instants, on aurait pu, quelques heures plus tôt, avoir un bel enfant au prix d'une césarienne basse, non drainée. Et encore ne parlons-nous pas des proportions de décès maternels : 4 % dans le second cas et 20 % dans le premier. Trop attendre expose à perdre l'enfant, l'utérus et même la femme.

VI. — Bibliographie

(1) Courtois. *Gazette des Hôpitaux*, 22 avril 1936.
(2) Courtois. *Journal des Praticiens*, 20 mai 1939.
(3) Courtois. Obstacles prævia : *La Gynécologie*, mars 1939 (Vigot) ; Fibromes : *Journal des Praticiens*, 16 octobre 1937, 5 février 1938, 2 juillet 1938 ; Kystes de l'ovaire : *Journal des Praticiens*, 26 mai 1938 ; Placenta prævia : *Journal des Praticiens*, 4 décembre 1937.
(4) Courtois. *Gazette des Hôpitaux*, 25 février 1938.
(5) Courtois, Bouchacourt. *Journal de Médecine de Paris*, 23 juin 1938.
(6) Courtois, Balazuc. *La Gynécologie*, février 1938.
(7) Courtois, Bouchacourt. *Rev. Franç. Gynécologie et Obstétrique*, octobre 1938.
(8) Courtois. *Concours Médical*, 1er mars 1936.
(9) Courtois, Philippe. *Bulletin Société de Médecine de Paris*, 26 novembre 1938.
(10) Courtois. *Concours Médical*, 1er mars 1936.
(11) Courtois. *Journal des Praticiens*, 10 novembre 1937, 11 mars 1939.
(12) Courtois. *Journal des Praticiens*, 26 mars 1938.
(13) Courtois. *Rev. Path. Comp. et Hyg. générale*, juillet 1935 ; *Concours Médical*, 1er mars 1936 ; *Journal des Praticiens*, 8 août 1936.
(14) Courtois. *Journal des Praticiens*, 11 mars 1936, 16 octobre 1937.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 31 mars 1941

Contribution à la chimie des huiles antilépreuses. — MM. Buu-Hoï, Paul Gagniant et Joseph Janicaud.

Etude physiologique d'un corps nouveau, le méconate double de morphine et d'urée. — MM. Alfred Daniel-Brunet et Mathurin Oliviero.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 22 avril 1941

Transmission de la poliomyélite à la souris blanche. — M. C. Levaditi. — « Nous devons à Charles Armstrong une des plus intéressantes découvertes dans le domaine de la poliomyélite expérimentale. Il s'agit de la transmission de virus poliomyélitique au « Eastern cotton rat » *Sigmondon hispidus hispidus*, et aussi à la souris blanche. L'auteur vient d'élargir ainsi le cadre des études expérimentales concernant la maladie de Heine-Medin, en démontrant la réceptivité de certains rongeurs, ce qui permet des essais sur une grande échelle.

Nous avons vérifié et confirmé ces résultats avec la souche Lansing. Conservée dans la glycérine, cette souche était encore virulente 10 mois après son isolement. La maladie se traduit, chez la souris, par de l'agitation, des tremblements, des troubles respiratoires et, dans 59 % des cas, par des paralysies des membres antérieurs et postérieurs. La mortalité atteint 100 % des animaux inoculés par voie intracérébrale. Du point de vue histopathologique, on constate de la chromatolyse, des altérations nucléaires, des foyers de poliomyélite avec neuronophagie, de la périvascularite et des hémorragies. Des souris paralysées peuvent ne présenter que de la chromatolyse. Les inoculations par d'autres voies que la transcranienne, sont restées inopérantes. Evaluée à l'aide d'injections névraxiques d'une dose de virus sûrement mortelle, la réceptivité de la souris varie dans des proportions considérables, la durée de l'incubation-maladie oscillant entre 2 et 41 jours (maximum entre 12 et 19 jours). La possibilité d'expérimenter sur de grandes séries d'animaux ouvre ainsi une voie féconde à des recherches d'intérêt aussi bien théorique que pratique (chimiothéapie). »

Contribution à l'étude de la perméabilité placentaire aux substances médicamenteuses et toxiques. — M. R. Fabre. — Au cours de la vie fœtale, le fœtus est en relation avec la mère par l'intermédiaire du placenta ; les substances médicamenteuses et toxiques peuvent lui parvenir après avoir traversé l'organisme maternel. L'auteur indique les résultats positifs qu'il a obtenus en expérimentant chez diverses espèces animales, avec les barbituriques, la chloralose, la caféine, la quinine et l'acide ascorbique.

Les résultats de la radiothérapie dans la maladie de Hodgkin. — M. P. Cottenot. — L'auteur, en se basant sur une statistique personnelle de 57 cas traités pendant un intervalle de 8 ans, étudie les résultats obtenus et les facteurs qui semblent les conditionner. Tous les malades ont été traités par les rayons X en applications locales, la téléroentgenthérapie totale trouvant des indications très limitées au cours de l'évolution de la maladie.

L'action sur les localisations ganglionnaires, parenchymateuses, cutanées, osseuses, et sur les manifestations générales, est successivement examinée. Cette action est conditionnée par différents facteurs, mais surtout par l'âge du malade et la forme évolutive, les formes à début traînant étant les plus favorables.

La radiothérapie prolonge la survie des malades et leur assure des périodes de guérison apparente, mais elle ne les guérit pas. L'abandon du traitement se produit dans quatre éventualités différentes : 1° Les tumeurs sont devenues radiorésistantes ; 2° Les téguments ne supportent pas de nouvelles irradiations ; 3° L'état de la formule sanguine s'y oppose ; 4° Le sujet ne réagit plus au traitement et s'achemine vers la cachexie terminale ; c'est le cas le plus fréquent.

Les quantités minima de principes nutritifs nécessaires et les rapports équilibres alimentaires à réaliser dans les rations destinées aux adultes. — Mme Randoin. — Il importe de connaître, d'une manière aussi exacte que possible et pour chaque état considéré, non seulement la nature et les quantités de tous les principes nutritifs nécessaires à la vie (substances énergétiques, éléments minéraux, vitamines), mais encore la valeur des rapports et équilibres qui doivent exister entre les constituants des rations, rapports et équilibres sur lesquels Mme Randoin n'a cessé d'effectuer des recherches et d'attirer l'attention depuis une vingtaine d'années. Elle pense qu'il est nécessaire de consommer, *à l'heure actuelle plus que jamais*, une nourriture aussi variée et aussi naturelle que possible, comprenant une forte proportion de produits crus.

Les chlorures chlorés en solution alcoolisée. — M. Manson. — Frappé par le fait qu'un même médicament peut réussir dans des maladies différentes, puisque la chrysothérapie est utilisée à la fois contre la tuberculose, la syphilis, les infections à streptocoques, le rhumatisme chronique, l'auteur a pensé à expérimenter les chlorures métalliques en injections intraveineuses. Après avoir utilisé le cuivre, le nickel, le sélénium, l'or, il a simplifié sa formule en s'arrêtant au nickel et au cuivre à la dose de dix grammes par litre, en injections de cinq centimètres cubes.

Les chlorures employés sont dissous dans la liqueur de Labarraque alcoolisée. Ces chlorures chlorés réalisent une sorte de verdunisation du sang. Les résultats obtenus dans les cas les plus variés (septicémies puerpérales, synovites tuberculeuses, fistules ganglionnaires, fièvre typhoïde, abcès pulmonaires, méritent d'être contrôlés.

(Communication faite à la séance du 8 avril 1941.)

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance de 21 mars 1941

Insuffisance aortique par rupture valvulaire consécutive à une électrocution. — MM. Louis Ramond et Paul Milliez. — Malade atteint d'insuffisance aortique par rupture valvulaire survenue à la suite d'une électrocution. Les auteurs croient au mécanisme de l'effort réalisé artificiellement par la tétanisation des muscles respiratoires et de ceux de la glotte qui a provoqué de l'hypertension intra-aortique. Une aortite syphilitique préexistante, mais latente, a pu favoriser la rupture des sigmoïdes.

Hypoglycémies insuliniques. — MM. Rathery et Froment. — Certains sujets supportent pendant longtemps, sans incidents, des glycémies très basses pouvant atteindre 0,36. Il n'y a pas de rapport entre le degré des accidents d'intolérance et l'abaissement de la glycémie, d'autres facteurs pouvant intervenir. Certains sujets, en effet, font, avec un petit abaissement, des accidents d'intolérance, tandis que d'autres tolèrent des hypoglycémies marquées sans aucun trouble. Les sujets traités par la protamine-zino-insuline supportent mieux les grandes chutes glycémiques que ceux qui font usage de l'insuline ordinaire.

Mal de Pott sous-occipital chez un nourrisson vacciné au B. C. G. — MM. Paisseau et Sorrel, à Nguyen van Khien. — Observation d'un nourrisson vacciné à la naissance au B. C. G., élevé dans des conditions permettant d'exclure la possibilité d'une contamination tuberculeuse. A la fin du premier mois apparurent les signes d'un mal de Pott sous-occipital, compliqué rapidement par un abcès froid rétro-pharyngien et par une adénopathie cervicale suppurée. Cuti-réaction positive ; lésions d'ostéo-arthrite de l'axis à la radio. Absence de germes pathogènes dans le pus vertébral. Inoculations et ensemencements demeurant négatifs. Evolution vers la guérison. Evolution demeurant bénigne avec B. C. G.

Modifications électrographiques dans l'intoxication par l'oxyde de carbone. — M. Pagniez. — L'auteur se demande si les modifications ne sont pas dues à la fixation d'oxyde de carbone par l'hémoglobine du myocarde. Il rappelle à ce propos qu'il avait signalé antérieurement cette fixation aussi bien accidentelle qu'expérimentale de CO par l'hémoglobine du myocarde.

Evolution d'un cas d'érythroblastose de l'adulte pendant 43 mois après splénectomie. — MM. Duvoir et Pollet. — Fin d'une observation de cryptoérythroblastose traitée par splénectomie en novembre 1936. La malade est morte subitement au cours de l'exode, le 15 juin 1940, sans qu'on puisse incriminer la splénectomie pratiquée trois ans auparavant. Cliniquement, pendant ce laps de temps, elle avait pu reprendre son activité sociale et professionnelle. Hématologiquement, l'anémie était moyenne ; les seules modifications durables furent l'hyperplaquettose monstrueuse et la leucocytose accusée. Les auteurs concluent qu'il est fort incertain qu'une autre thérapeutique aurait donné de meilleurs résultats ou que l'affection abandonnée à elle-même aurait permis une survie supérieure, la maladie ayant eu une durée totale de plus de 12 ans.

Séance du 28 mars 1941

Lithiases et néphrites oxaliques expérimentales. — MM. M. Chiray, L. Justin-Besançon, Guy Albot, Ch. Debray et J. Diéryck. — Expériences de lithiases oxaliques expérimentales obtenues en administrant à des rats du glycol éthylénique dont l'oxydation conduit à la production d'acide oxalique. Suivant les doses on obtient des néphrites, avec ou sans lithiases, et des lithiases aiguës ou chroniques. Les lithiases aiguës peuvent jouer un rôle au cours des poussées d'insuffisance rénale chez les lithiasiques.

La lithiase chronique est une lithiase rénale vraie, contemporaine des stades initiaux de la formation de l'urine.

Il peut exister des lésions de néphrite indépendantes de la lithiase. Elles paraissent dues au glycol, à l'acide oxalique, ou

aux produits intermédiaires entre le corps oxaligène et l'acide oxalique. Certains de ces produits sont de véritables toxiques fantômes, qu'on ne retrouve ni dans les ingesta ni par l'analyse des urines. On peut donc concevoir des néphrites oxalémiques sans oxalurie.

Tuberculose aiguë du post-partum et tuberculose génitale. — MM. P. Jacob et A. Bareau. — Trois observations de femmes qui, après un avortement, un accouchement prématuré ou un accouchement à terme ont été emportées rapidement par une granulie généralisée ou péritonéale ayant débuté immédiatement après l'accouchement. Le point de départ de la tuberculose aiguë était une tuberculose caséeuse tubaire. Ces cas viennent à l'appui d'observations qui signalent l'origine génitale fréquente des tuberculoses aiguës du post-partum.

Fractures spontanées et arthropathies multiples au cours d'un tabès. — MM. Brulé, Hillemand et Audoly. — Radiographies et photographies d'une tabétique présentant 17 fractures spontanées, avec cals exubérants et 4 arthropathies. Calcium et phosphore sanguins diminués, la phosphatose augmentée.

Etat leucémique aigu. — MM. Brulé, Hillemand et Audoly. — Observation d'un malade atteint d'adénopathies multiples du type leucémique qui, malgré la radiothérapie, succomba rapidement. Les examens de sang, ceux de la moelle osseuse demeurèrent normaux. La ponction des ganglions, de la rate et du foie montra l'envahissement des organes par des cellules du type primordial à caractère lymphoblastique, cellules dont les éléments plus évolués étaient du type lymphocytaire, expliquant que la moelle osseuse n'ait jamais été envahie.

Présence de filaria loa dans la moelle osseuse. — MM. Brulé, Hillemand et Audoly. — Les auteurs projettent des préparations de moelle osseuse sur lesquelles se voient des filaria loa. Il s'agissait d'un malade infesté au Gabon entre 1927 et 1935. A l'examen du sang on constata une œsinophilie à 22 % et la présence de nombreuses filaires.

Syndrome anémique et granulopénique après sulfamidothérapie. Guérison. — MM. Hillemand et S. Audoly. — Observation d'une femme de 72 ans, qui, au cours d'une bronchopneumonie grave fut traitée par le 693. Elle reçut 52 gr. de médicament en 14 jours, quand survint un syndrome anémique à 2.800.000 G. R. et 3.000 G. B. avec 4 % de polynucléaires. A la suite d'une transfusion la malade guérit.

Les auteurs insistent sur le rôle des traitements prolongés plus important que la dose du médicament.

Dans les observations retrouvées existait soit un érythème, soit une élévation thermique qui précédait de quelques jours les accidents sanguins.

En ne dépassant pas un traitement de 15 jours, en arrêtant les sulfamides dès l'apparition de l'érythème ou d'une poussée thermique on a toute chance d'éviter cette complication.

Un cas de calcification pleurale et ses conséquences sociales. — M. E. Rist et Mme Orgelet. — Contusion thoracique par accident du travail ; cinq ans après, rhinopharyngite, examen radiologique. L'image est interprétée comme une tuberculose du poumon gauche. En conséquence, mise au repos absolu, séjours en sanatorium, une pension d'invalidité prolongée et dislocation du foyer d'un homme robuste, père de sept enfants, etc. Il s'agit, en l'espèce, d'une calcification pleurale étendue, consécutive à un hématome traumatique de la plèvre.

Paralysie générale avec liquide céphalo-rachidien normal et réactions sérologiques négatives. — MM. Ch. Flandin et J.-L. Camus. — Cas d'une paralysie générale avec début de paraplégie de type Erb associée ; aortite avec liquide céphalo-rachidien normal et réactions sérologiques négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Cette dissociation des signes cliniques et des signes biologiques est très rare.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 février 1941

Décès de M. Hautefort, ancien président

Un cas de grossesse abdominale consécutive à une rupture de grossesse tubaire. — M. Roulland fait un rapport sur une observation envoyée par Mme Brian-Garfield, relatant l'histoire d'une malade de 36 ans ayant présenté des troubles menstruels puis des phénomènes douloureux à deux reprises en même temps qu'apparaissaient une tumeur abdominale dans la fosse iliaque droite. L'intervention permit de constater la présence d'un fœtus de 4 mois environ dans le douglas avec un placenta inséré sur la trompe droite et le cul-de-sac postérieur ; la trompe est largement éclatée en son milieu. De plus la malade présentait un fibrome. Hystérectomie subtotale et guérison opératoire rapide. Roulland insiste sur ce fait que tous les cas ne sont pas aussi favorables et que l'opération peut se trouver aux prises avec les plus graves dificultés, principalement quand le placenta s'insère sur l'intestin.

Un cas d'ostéome du maxillaire inférieur. — M. Dufourmentel présente un rapport sur un cas de ce genre adressé par M. Bonnet-Roy ayant trait à une tumeur du volume d'une grosse bille située sur la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur à hauteur de la première molaire, précédemment enlevée, déformant l'os, faisant saillie dans le vestibule ainsi qu'à la table interne du maxillaire. Une radiographie montra très nettement la présence de la tumeur enkystée dans l'épaisseur de la mandibule et séparée de l'os par une zone claire. Elle put être enlevée sans causer de dégât à l'os. Dufourmentel fait remarquer que ces tumeurs bénignes du maxillaire, non d'origne dentaire, sont assez mal connues bien qu'elles soient loin d'être exceptionnelles, lui-même en a observé plusieurs cas.

Traitement des accidents infectieux graves d'origine dentaire. — M. Dufourmentel rapporte également une communication, très documentée sur ce sujet, de M. Bonnet-Roy. D'après ce dernier, les accidents relèvent soit des accidents muqueux de l'évolution de la dent de sagesse, soit des ostéopathies secondaires à une pulpo-radiculite ainsi que de leurs complications. Dans ce travail très complet, l'auteur les étudie minutieusement, montre leur gravité et pose les règles du traitement de chacun d'eux.

La sulfamidothérapie locale en chirurgie civile. — M. Masmonteil apporte une série d'observations où la Sulfamidothérapie locale a été ajoutée à l'acte chirurgical. Il relate notamment l'observation d'une péritonite consécutive à une grossesse estra-utérine qui, opérée en pleine septicémie avec frissons, a eu, grâce à la Sulfamidothérapie péritonéale, une évolution des plus bénignes.

Depuis, M. Masmonteil emploi la sulfamidothérapie, non seulement dans toutes les opérations de chirurgie septique, mais également dans toute la chirurgie aseptique qui comporte un temps septique, telles que la section du col utérin, de la base de l'appendice ou des tranches gastro-intestinales.

Il fait un plaidoyer des plus chaleureux en faveur de cette méthode qui lui a donné de forts beaux résultats.

Séance du 21 mars 1941

Décès de M. H. Brodier, ancien président.

Sténose du cardia par compression extrinsèque. — M. Armingeat fait un rapport sur un cas observé par M. Soubrane dans lequel le cardia et la partie supérieure de la petite courbure étaient comprimés par une énorme masse ganglionnaire préaortique siégeant dans la région cœliaque. Une gastrectomie doit être pratiquée et l'examen d'un ganglion prélevé au voisinage de la masse, permit, malgré quelques réserves, de poser le diagnostic de maladie de Hodgkin à forme localisée abdominale.

Goître basedowien développé après hystérectomie pour fibrome. — M. Barbet rapporte, au nom de M. Soubrane, le cas d'une malade de 40 ans, obèse, qui subit une hystérectomie pour fibrome alors qu'elle ne présentait qu'une légère hypertrophie thyroïdienne et un peu d'énervement. Très vite après l'opération apparaissent tachycardie, énervement, amaigrissement. Le traitement médical améliore suffisamment les accidents pour permettre une thyroïsectomie subtotale qui guérit la malade. Il semble bien que, chez une basedowienne latente ou fruste, la suppression brusque des hormones ovariennes ait déclenché l'apparition d'un basedowisme aigu, par rupture d'un équilibre endocrinien instable.

Tumeur de Brenner. — M. Burty, pratiquant, chez une femme de 39 ans, une hystérectomie banale pour fibrome, a son attention attirée par l'aspect un peu spécial de l'ovaire droit, plus volumineux qu'un ovaire scléro-kystique ordinaire. Il le fait examiner et l'histologiste répond qu'il s'agit d'une « tumeur de Brenner ou oophorome folliculaire ». Ces tumeurs, d'origine discutée, sont petites et bénignes. Il n'y aurait actuellement que 30 cas publiés.

Syndrome de subocclusion intestinale. — M. Jean Lanos apporte deux observations de ce genre et compare la symptomatologie et l'évolution dans ces deux cas.

La première observation concerne une femme de 76 ans pour laquelle on pensa d'abord à un néoplasme du côlon, et dont la subocclusion était, en réalité, causée par un pincement latéral d'un anse grêle dans l'orifice crural. Opération. Guérison.

Le second cas concerne un homme de 58 ans chez lequel, malgré l'absence de fièvre (température à 37°, pouls à 80), le diagnostic de subocclusion par abcès appendiculaire put être fait sur la constatation de deux signes : empâtement profond sous la fosse iliaque droite, légère douleur avec défense à gauche.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES ABCÈS FROIDS DU MAL DE POTT

Ils présentent le plus grand intérêt en raison :

De leur fréquence, on considère à l'heure actuelle qu'ils sont constants, mais dans certains cas, ils sont de petit volume et passent inaperçus cliniquement.

Date d'apparition. — Elle est difficile à préciser, mais en règle, ils correspondent à la deuxième période du cycle évolutif, c'est-à-dire au début ou au milieu de la deuxième année. Dans certaines formes particulièrement destructives, ils apparaissent dès la fin de la première année.

Anatomie pathologique. — Ils sont caractérisés comme tous les abcès froids bacillaires par :

Une membrane tuberculogène tapissée de fongosités, véritable membrane active qui prolifère.

Ils progressent par :

La pesanteur.

La disposition anatomique de la région. Ils fusent en effet, en empruntant le trajet des coulées celluleuses. Aussi, leur trajet est-il constant, nous l'étudierons pour chaque forme suivant la hauteur du foyer osseux.

Clinique. — Quelque soit le siège, ils présentent certains caractères cliniques communs que nous allons étudier tout d'abord :

Période de début. — Leur début est extrêmement insidieux, et un peu différent chez l'enfant et chez l'adulte.

Chez l'enfant. — Ils surviennent en règle alors que ce dernier est déjà en cours de traitement depuis un temps plus ou moins long.

Dans certains cas, certains signes permettent d'en prévoir l'apparition.

Un peu de fatigue, un malaise général, quelques petits fébricules thermiques qui attirent l'attention chez cet enfant qui, sous l'effet de la cure hélio-marine, présentait une température revenue presque à la normale.

Mais, bien souvent, leur début est d'une insidiosité telle qu'ils risqueraient d'atteindre un gros volume si l'on n'avait soin de surveiller régulièrement l'enfant en palpant les régions où les abcès ont tendance à s'extérioriser.

Chez l'adulte. — C'est le mal de Pott lui-même qui est très insidieux. Assez souvent, c'est un abcès qui semble ouvrir la scène, abcès dont il est facile de diagnostiquer la nature tuberculeuse, mais dont le diagnostic de localisation est parfois plus difficile à faire.

Période d'état. — Ils se présentent comme une tuméfaction de volume variable, mais deux caractères sont constants :

L'indolence absolue.

La fluctuation, parfois en bissac quand il existe un rétrécissement bilobant l'abcès.

Devant de tels signes, il convient de pratiquer *une ponction*, en prenant des précautions indispensables :

— Asepsie rigoureuse.

— Trocart de diamètre suffisant.

— Seringues pour aspirer le pus qui n'est pas sous tension suffisante pour s'écouler spontanément.

On doit la faire en : peau saine.
à distance.
en un point non déclive,

afin de réduire au minimum le risque de fistulisation.

On retire ainsi une quantité variable de pus : 50 à 300 cc., pus plus ou moins épais, séro-grumeleux, contenant des B.K.

Dans certains cas, le liquide retiré est brun chocolat, signe que la paroi de la poche est très extensive.

Il va falloir surveiller de très près le malade :

L'état local : espacer le plus possible les ponctions sans cependant courir le risque de fistulisation spontanée.

L'état général : température
poids.

Évolution. — Elle est extrêmement variable.

Dans les cas heureux : les ponctions ne sont à répéter qu'à intervalles assez espacés. Petit à petit, l'on constate que l'on retire un liquide de moins en moins abondant et de plus en plus séreux. L'abcès évolue en cinq ou six mois vers la guérison. Les parois de la poche, en effet, se rétractent et finissent par s'accoler, l'abcès ne laissant, comme trace derrière lui, qu'un cordon fibreux. D'autres fois, les parois se chargent de sels calcaires, et restent définitivement visibles à la radiographie.

Mais bien souvent la fistulisation survient, malgré toutes les précautions prises, la peau se tend, s'amincit, devient luisante ; une fistule apparaît, à bords décollés et violacés.

Son trajet est plus ou moins long suivant le siège. Il faut redoubler de précautions, faire des pansements aseptiques. Grâce à ces soins, et à l'héliothérapie, la fistule finit par se tarir laissant une cicatrice indélébile. Mais la suppuration a été longue à tarir. Un abcès fistulisé met un an à guérir.

La fistulisation doit toujours faire craindre *l'infection secondaire.* Elle est annoncée par :

— Un fléchissement de l'état général.

— Une ascension thermique progressive.

— Au laboratoire : Association de staphyle ou de strepte qui se surajoutent au B.K.

On pratique une petite incision au point déclive, on draine, il en résulte une chute momentanée de la température.

Mais l'infection secondaire peut entraîner la mort. La suppuration devient intarissable, et le malade va succomber dans la cachexie.

Tels sont les signes communs à tous les abcès froids pottiques.

Nous allons les étudier maintenant séparément, suivant la hauteur du foyer causal :

1° *Abcès froids du mal de Pott sous-occipital.*

Parfois, ils sont *postérieurs :* petite masse fluctuante comblant la fossette de la nuque. Ils sont peu extensifs.

D'autres fois, ils sont latéro-*pharyngiens.* Ils fusent vers le bas, sous la gaîne du sterno-cléido-mastoïdien, et viennent émerger à la région cervicale basse en arrière de ce muscle. Ils sont à ponctionner par voie latérale en évitant les vaisseaux de la base du cou.

Beaucoup plus fréquent sont les abcès antérieurs *rétro-pharyngiens.* Ils fusent sur la ligne médiane vers le bas sous l'aponévrose pharyngienne.

Ils sont annoncés par quelques signes classiques :

— Nasonnement.

— Difficulté légère à la déglutition, le malade penchant la tête en arrière lors de cette manœuvre.

— Apparition d'un fuseau prévertébral sur le cliché de profil refoulant en avant l'arbre aéro-digestif.

C'est le toucher pharyngien qui permet le diagnostic. Le doigt buccal sent en arrière du pharynx une collection empâtée. Si l'on augmente la pression, on sent au fond de cette collection le plan dur de la colonne vertébrale. Il faut ponctionner ces abcès par voie sous-mastoïdienne. Leur pronostic est sérieux. Ils peuvent provoquer des accès de suffocation grave. Leur fistulisation est à craindre, car elle se fait en avant, et l'ouverture se fait donc dans un foyer septique.

Ces abcès ne soulèvent que peu de problèmes diagnostic. Le tout est de les rattacher à leur origine sous-occipitale.

On y parvient : par les signes cliniques,
par les signes radiographiques,
par les clichés de face et de profil.

2° *Abcès des M. de P. cervicaux de* C^3 *à* C^6.

Partant des corps vertébraux, ils vont fuser vers le bas *en suivant la gaîne du muscle long du cou,* ils viennent émerger dans la région sus-claviculaire. La fistulisation se produit alors sur les faces latérales du cou. Ils peuvent être médians comme dans le Mal de Pott sous-occipital. Plus bas situés, ils ne sont pas perceptibles par le toucher pharyngien, ils sont dévélés par l'examen au miroir, et sur le cliché de profil, ils refoulent en avant l'arbre aéro-digestif.

Les abcès postérieurs sont rares, ils descendent dans les gouttières vertébrales.

3° *Les abcès de* C^7 ; D^1 D^2.

Ils se développent dans la région sus-claviculaire, peuvent entraîner des douleurs par compression des troncs primaires du plexus brachiel. Quand ils ont comblé le creux sus-claviculaire, ils remontent le long de la gouttière carotidienne, ne suivant pas, en ce cas, les lois de la pesanteur.

4° *Les abcès du Mal de Pott dorsal de* D^3 *à* D^{10} *compris :* L'abcès se développe le plus souvent en arrière du surtout ligamenteux qui tapisse la colonne vertébrale. Dans ces cas, l'abcès n'est pas perceptible cliniquement. Il se traduit, sur le cliché radiographique de face, par une image en fuseau, renflé en centre, aminci à ses extrémités, fuseau qui peut être situé en arrière de l'ombre du cœur, et n'est visible dans ce cas, que sur des clichés pris suivant des incidences obliques.

Mais le surtout prévertébral peut céder ; l'abcès occupe alors le médiastin postérieur. Il peut provoquer des troubles de compression médiastinale. Certains auteurs pratiquent des ponctions par voie postérieure para-vertébrale, afin d'éviter les risques de fistulisation qui pourrait se faire dans l'œsophage ou la trachée (Richard).

L'abcès peut décoller en un point très limité le ligament vertébral, le perforer pour venir former une petite poche appendue sur le côté de la colonne vertébrale, donnant une image « en nid d'oiseau » (Ménard).

L'abcès peut décoller la plèvre de proche en proche et former de vastes poches sous-pleurales collées à la face profonde de la paroi thoracique. Ils sont difficiles à différencier des abcès froids thoraciques ou d'une pleurésie, tant que l'on ne demande pas un cliché de la colonne vertébrale.

L'abcès peut accompagner un paquet vasculo-nerveux intercostal. Il fuse dans l'espace intercostal jusqu'aux bords latéraux du sternum. Il entraîne des névralgies intercostales et risque de faire penser à une tuberculose sternale ou sterno-chondrale. Il peut enfin être postérieur, descendant dans les gouttières para-vertébrales, soulevant alors des problèmes diagnostiques difficiles, avec :

Un abcès froid éberthien,
Un abcès ostéomyélitique vertébral,

jusqu'à l'examen du liquide de ponction.

5° *Les abcès dorso-lombaires de* D^{11} *à* L^4 *sont les plus intéressants.*

En règle, ils vont fuser le long de la gaîne de psoas, ils descendent dans la fosse iliaque interne, passent sous l'arcade crurale, et arrivent dans le triangle de Scarpa... Ils peuvent même s'étendre davantage, perforer la gaîne du tendon du psoas, et descendre le long de l'entonnoir fémoro-vasculaire.

Signalons qu'au cours de ce trajet, ils sont passés au contact de l'articulation de la hanche et que l'on a vu parfois une coxalgie succéder à un abcès pottique.

Quelques signes permettent d'en déceler la formation :

— Attitude en psoïtis.

— Comblement de la fosse iliaque par une tuméfaction profonde.

— Aspect ventru à la radio du bord supérieur de l'ombre psoïque.

Une fois qu'ils ont fusé sous l'arcade crurale, ils prennent l'aspect typique des abcès froids superficiels et présentent une fluctuation en bissac entre la poche iliaque et la poche crurale.

Souvent l'abcès froid est bilatéral, abcès en fer à cheval. Il est rare cependant que les deux abcès aient le même volume. Ces abcès peuvent se fistuliser au-dessus ou au-dessous de l'arcade crurale. Les dangers de l'infection secondaire sont encore plus grands ici que partout ailleurs, étant donné l'étendue de la collection.

Ils peuvent soulever des problèmes diagnostiques difficiles surtout chez l'adulte quand ils surviennent comme premier signe d'un Pott à signes rachidiens frustes.

Ils peuvent faire discuter :

Un abcès appendiculaire.
Une péritonite bacillaire.

Un abcès ostéomyélitique de la crête iliaque.

Voire une hernie crurale ou une adénite inguinale.

Une fois le diagnostic d'abcès froid posé, il faut rechercher la hauteur du foyer, demander des clichés face et profil de la région dorso-lombaire, s'aider au besoin d'une injection de lipiodol dans l'abcès.

Il faut les ponctionner en dedans de l'épine iliaque ant. sup.

Signalons les abcès qui se dirigent en arrière, passent par le triangle de J.-L. Petit, et viennent émerger dans la région lombaire, faisant discuter une collection périrénale. La coïncidence entre un abcès psoïque et un abcès lombaire peut se voir, on se renvoie dans ce cas le pus de la région lombaire à la fosse iliaque interne.

6° *Les abcès du Mal de Pott de* L^5 *et lombo-sacré.*

Ils ne trouvent pas le psoas pour les draîner, mais le pyramidal. Ils fusent donc tout d'abord dans le pelvis, perceptibles au T. R., et risquent de se fistuliser dans le rectum, puis suivant le pyramidal passent par la grande échancrure sciatique, pouvant comprimer le nerf sciatique, et viennent finalement s'étaler dans la région trochantérienne au-dessous du grand fessier.

Ils font discuter les abcès froids de :

la sacro-coxalgie,
de la coxalgie,
d'une trochantérite isolée,

d'autant plus que les clichés radiographiques de la région lombo-sacrée sont toujours difficiles à lire.

Nous terminerons enfin par :

Les abcès froids intra-rachidiens

Ils sont de volume variable, souvent petits.

Il faut préciser leur connexion avec la dure-mère :

— Le plus souvent, ils s'accolent en dehors et en arrière d'elle, mais ne la perforent pas. Ils restent donc à une certaine distance de la moelle.

— Plus rarement, ils la perforent, et viennent alors s'accoler à la moelle, la comprimant plus ou moins.

Quoiqu'il en soit, un fait est capital : *Ils communiquent toujours par un pertuis osseux avec un abcès extra-rachidien.*

Ces abcès intra-rachidiens peuvent être à l'origine de paraplégies.

Paraplégies spasmodiques en extension *de début rapide* avec signes de compression nets, triple retrait des membres inférieurs.

Mais ces paraplégies qui sont inquiétantes par leur début rapide et leur intensité, régresseront quand l'abcès froid extra-rachidien sera tari ; elles s'opposeront en cela aux paraplégies par pachyméningite, de début beaucoup plus progressif, mais définitives.

E. Sayous.

L'alimentation de l'enfant à l'adulte. — Les mères de famille soucieuses de diriger normalement l'alimentation de leurs enfants, petits et grands, ainsi que les directrices de crèches, d'écoles, de colonies de vacances, trouveront les indications nécessaires dans l'opuscule édité par le Comité National de l'Enfance : *Alimentation de l'enfant à l'adulte.*

L'ouvrage comprend cinq fascicules (édition 1940) : 1. Alimentation de la première enfance. — 2. Régime alimentaire dans les crèches, M. Huber. — 3. Alimentation des enfants et des adolescents de 4 à 18 ans. — 4. Alimentation des enfants dans les cantines scolaires, M. Huber. — 5. Alimentation de l'adulte, M. Charles Richet. — 6. Régime des femmes enceintes et des nourrices, Mlle Dreyfus-Sée.

Ces fascicules sont en dépôt au Comité National de l'Enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (8e).

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 35-36. — 30 AVRIL-3 MAI 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours de l'*externat* (26 places), s'ouvrira le 20 octobre prochain. Le concours de l'*internat* (9 places), s'ouvrira le 21 octobre 1941.

Faculté de Médecine de Paris. — En application de la loi du 12 avril 1941, les cours, travaux pratiques et examens, vaqueront le jeudi 1er mai.

La bibliothèque et le secrétariat seront également fermés.

AVIS. — Les étudiants de 6e année sont autorisés à subir leurs examens de clinique à partir de la 23e inscription.

Il est rappelé que la date extrême des consignations en vue des examens ci-dessus est fixée, pour l'année en cours, au mardi 20 mai 1941, dernier délai.

TRAVAUX PRATIQUES SUPPLÉMENTAIRES DE PARASITOLOGIE. — Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu à partir du lundi 19 mai au mardi 27 mai, tous les jours, de 14 à 16 heures. Cette série supplémentaire comprendra une révision rapide du programme en sept séances. Il n'y aura qu'une seule série de travaux pratiques qui est destinée :

1° Aux étudiants *qui n'ont pas eu leurs travaux pratiques validés* (droits d'inscription : 250 francs).

Ces étudiants devront s'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures).

2° Dans la mesure des places disponibles, à tous les étudiants ayant accompli leurs travaux pratiques, mais désirant compléter leurs connaissances en parasitologie avant l'examen. Droits d'inscription : 150 francs). S'inscrire au secrétariat de la Faculté aux jours et heures indiqués ci-dessus.

CONCOURS DE CLINICAT. — Un concours de clinicat, strictement réservé aux candidats actuellement délégués dans les fonctions et qui n'avaient pu, en raison des circonstances, passer le concours en octobre 1939, aura lieu à partir du 15 mai 1941. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, de 14 heures à 17 heures, du 1er au 5 mai inclus.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. le Prof. Jeanneney a été nommé professeur de clinique chirurgicale et gynécologique.

Collège de France. — Les crédits affectés à la chaire d'histophysiologie et devenus libres par suite de la mise à la retraite de M. J. JOLLY, titulaire de la chaire, sont affectés à la création d'une chaire de radiobiologie expérimentale.

Un délai d'un mois, à dater du 20 avril, est accordé aux candidats pour la déclaration de leur candidature.

(*J. O.*, 20 avril 1941.)

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Chevaliers :* M. le médecin lieutenant Guichard (Félix-René) du 74e régiment d'artillerie. (Croix de guerre avec palme.)

M. le dentiste lieutenant Bautruche (Jacques-Ernest), de la 5e demi-brigade de chasseurs. (Croix de guerre avec palme.)

(*J. O.*, 20 avril 1941.)

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — INSPECTEURS DE LA SANTÉ :

M. le Dr Tourteau, directeur de la 4e circonscription du service

sanitaire maritime, est nommé médecin inspecteur de la santé de la Gironde.

M. le Dr Franchomme est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé du Pas-de-Calais.

M. le Dr Delecourt est nommé médecin inspecteur de la santé du Pas-de-Calais, en remplacement de M. le Dr Vaillant, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Mynard, directeur du bureau d'hygiène de Tourcoing est nommé médecin inspecteur de la santé du Nord.

M. le Dr Fréalle, médecin inspecteur adjoint de la santé du Nord est nommé médecin inspecteur de la santé du Nord.

M. le Dr Gervois, médecin inspecteur adjoint de la santé du Nord, est nommé médecin inspecteur de la santé de ce département, en remplacement de M. le Dr Vielledent appelé à d'autres fonctions. (*J. O.*, 19 avril 1941.)

M. le Dr Freyche est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint des Basses-Pyrénées. (*J. O.*, 22 avril 1941.)

Séquestre des biens composant le patrimoine des syndicats médicaux français. — Par arrêté, en date du 19 avril 1941, les biens de toute nature composant le patrimoine de la Confédération des Syndicats Médicaux français, mis sous séquestre en exécution de la loi du 7 octobre 1940, sont transférés au Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins. (*J. O.*, 22 avril 1941.)

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Louis Simonin, maire d'Orléans, est nommé membre de la Commission administrative du Loiret.

M. le Dr Jean Maes est nommé adjoint au maire d'Abbeville.

M. le Dr Jean Paris est nommé conseiller municipal de Troyes. (*J. O*, 22 avril 1941.)

M. le Dr Eugène Fabre est nommé adjoint au maire d'Antibes.

M. le Dr Georges Montel est nommé adjoint au maire de Thonon-les-Bains. (*J. O.*, 23 avril 1941.)

M. le Dr Victor Senès est nommé adjoint au maire de Vallauris. (*J. O.*, 24 avril 1941.)

M. le Dr Ithier est nommé adjoint au maire de Mérignac.

M. le Dr B. Vaissie est nommé adjoint au maire de Pessac.

M. le Dr Ch. Galesne est nommé conseiller municipal de Rennes.

M. le Dr René Picard est nommé conseiller municipal de Nantes.

M. le Dr Langlet, chirurgien des hôpitaux, est nommé conseiller municipal de Reims. (*J. O.*, 25 avril 1941.)

Baccalauréat de l'enseignement secondaire. — Un arrêté, en date du 19 avril, précise les conditions de l'épreuve physique instituée par le décret du 26 mars 1941. (*J. O.*, 20 avril 1941.)

Sérums thérapeutiques. — Le *Journal Officiel* du 25 avril 1941 publie un décret, en date du 29 mars 1941, désignant des établissements dans lesquels sont autorisés la préparation et la mise en vente de sérums thérapeutiques et autres produits analogues.

Voir la suite des Informations, page 365.

Nécrologie

JEAN MADIER 1886-1941

C'est avec stupeur que l'on a appris, mardi matin, le décès de Madier, encore en pleine activité la veille.

Madier appartenait à une famille médicale : petit-fils de Trélat, il était apparenté à Ch. Richet et à Segond. Sa carrière médicale fut rapide et brillante : Interne des hôpitaux en 1910, il a successivement pour maîtres Auguste Broca, Thierry, Paul Segond et Pierre Delbet. Il devient ensuite chef de clinique de Broca et s'attache à son service. Reçu chirurgien des hôpitaux en 1924, Lardennois le prend comme assistant dans son service des Ménages où il reste pendant 6 ans comme assistant et ensuite 2 ans chef de service.

Brillant chirurgien, d'une parfaite courtoisie avec ses confrères, Madier n'avait que des amis. Sa disparition brutale et prématurée laissera à tous des regrets profonds et sincères.

Que Mme Madier et son fils veuillent bien trouver ici l'expression de notre bien douloureuse sympathie.

M. L.

LOI DU 3 AVRIL 1941

Les médecins et chefs administratifs des dispensaires et des services médicaux de caractère public (visés à l'art. 5 de la loi du 15 octobre 1940) ne peuvent être maintenus en fonctions au delà de l'âge de 65 ans. (*J. O.*, 23 avril 1941.)

Ordre National des Médecins

Conseil Supérieur de l'Ordre

60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e)

Communiqué

Le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins s'est réuni à Paris, du 19 au 21 avril 1941, en séances plénières.

Il s'est occupé de la réforme des études médicales, de l'organisation des commissions régionales groupant les Conseils départementaux, du fonctionnement des Chambres de discipline et de leur réglementation.

Il a pris d'importantes décisions au sujet des dispensaires de divers ordres.

Il s'occupe activement d'établir et de préciser les rapports avec les diverses collectivités.

Il est maintenant en mesure d'assurer la liaison étroite avec les Conseils départementaux de la zone occupée et de la zone libre, et de fixer les règles essentielles qui présideront à l'organisation corporative de la profession médicale.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

L'AVENIR DES FRACTURES DU POIGNET

(FRACTURES INTERESSANT L'EXTREMITE INFERIEURE DU RADIUS ET DU CUBITUS)

Par M. Auvray
Membre de l'Académie de Médecine

Les fractures intéressant l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras sont parmi les plus fréquentes ; il nous a été donné d'en observer depuis quelques années, en expertise, 78 cas. Ce sont ces cas, qui ont fait chacun l'objet d'une fiche analytique très complète, qui vont servir de base à l'étude que nous entreprenons des résultats fonctionnels constatés à la suite de ces fractures, à plus ou moins longue échéance, quelquefois plusieurs années après l'accident, en révision.

Les sujets examinés par nous étaient surtout des hommes dans la proportion de 55 sur 78. Ces sujets étaient tous des adultes ; les plus jeunes avaient dix-sept et dix-huit ans, les plus âgés, au nombre de six, de soixante à soixante-dix ans. Les fractures siégeaient de préférence au poignet droit.

D'après la nature des désordres anatomiques enregistrés, les faits qui figurent dans notre statistique peuvent être classés en fractures unilatérales, fractures doubles ou des deux poignets (5 cas), fractures ouvertes (2 cas), fractures du radius compliquées de lésions intéressant les osselets du carpe (6 cas).

Elles se présentaient sous la forme des fractures classiques intéressant : ou l'extrémité inférieure du radius seul, ou l'apophyse styloïde du cubitus seule (2 cas), ou le radius et la styloïde cubitale à la fois. Chez les blessés soumis à notre examen, il persistait au moment de l'expertise, six fois seulement un déplacement marqué du fragment inférieur radial en haut et en arrière qui entraînait une déformation prononcée en dos de fourchette, tandis que dans huit autres cas la même déformation existait mais légère. Dans deux cas, la déviation du fragment inférieur radial s'était faite en dehors, s'accompagnant d'élargissement du poignet, sans dos de fourchette. Chez un des sujets, atteint de fracture ouverte, l'extrémité inférieure du radius se présentait en fragments multiples.

Nous avons vu dans six cas seulement, la fracture de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus compliquée de lésions de fracture ou de luxation intéressant les osselets du carpe, en particulier le scaphoïde et le semi-lunaire. On conçoit que dans les fractures du poignet, et principalement dans celles qui sont compliquées de lésions osseuses du carpe, il existe des lésions d'entorse de voisinage, du côté des articulations du poignet et de la radio-cubitale inférieure, susceptibles de laisser persister du côté de ces articulations des séquelles plus ou moins importantes dont nous aurons l'occasion de reparler.

***

Nous avons tenu compte, pour l'appréciation du quantum d'invalidité permanente, des *facteurs de déchet suivants :* la déformation persistante du poignet, les attitudes vicieuses de la main et des doigts, la douleur siégeant au niveau des articulations radio-carpienne et radio-cubitale inférieure, l'atrophie intéressant les muscles de l'avant-bras et de la main avec la diminution de la force qui en est la conséquence, la limitation des mouvements du poignet, des doigts, de l'avant-bras, les troubles trophiques et de circulation, les troubles infectieux surajoutés dans les fractures ouvertes.

L'examen à la vue, le palper, les mensurations nous ont révélé, dans 59 cas sur 78, une *augmentation de volume* persistante de la région fracturée en rapport avec le volume du cal et la persistance d'un œdème péri-articulaire ; le plus souvent l'augmentation de volume était peu marquée, exceptionnellement elle atteignait 2 à 2 cm. 5.

La *déformation du squelette en dos de fourchette* persistant n'a été que rarement observée chez nos blessés ; 6 fois seulement sur 78, il s'agissait d'une déformation importante, 8 autres fois elle était légère. Par contre le *désaxement de la main déjetée sur son bord radial, en valgus*, était beaucoup plus fréquent ; la déviation de la main était légère dans 11 cas, beaucoup plus accentuée dans 20 autres cas ; elle entraînait comme conséquence une saillie de l'extrémité inférieure du cubitus plus ou moins prononcée sous les téguments à la partie interne du poignet.

L'attitude vicieuse des doigts a été exceptionnelle, une seule fois les doigts demeuraient demi-fléchis sur la paume de la main.

Nous avons fréquemment observé, 69 fois sur 78 cas, la persistance de *la douleur* réveillée soit par les mouvements forcés, soit par les pressions exercées au niveau des extrémités osseuses, sur les interlignes articulaires radio-carpien et radio-cubital inférieur et sur le carpe, douleur essentiellement variable avec les sujets, mais qui, cependant, constituait avec la limitation des mouvements l'un des troubles fonctionnels les plus constants.

Cette *limitation des mouvements* intéresse le poignet, les doigts, l'avant-bras. Au niveau du poignet nous avons constaté que les mouvements de flexion et d'extension de la main avaient conservé *toute leur amplitude* dans 7 cas sur 78 ; *l'ankylose* de la jointure était *complète* dans un cas. Chez les autres blessés, la limitation des mouvements intéressait plus souvent et d'une façon plus prononcée les mouvements de flexion que les mouvements d'extension. Envisagés dans leur ensemble, les mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la main étaient : très légèrement ou légèrement diminués dans 11 cas ; ils perdaient le quart de leur amplitude dans 12 cas ; le tiers de leur amplitude dans 12 cas ; la moitié de leur amplitude dans 22 cas ; les deux tiers dans 8 cas ; les trois quarts dans 5 cas.

En somme, au point de vue de la mobilisation du poignet, il y a donc lieu de considérer l'ankylose totale comme exceptionnelle, le seul cas que nous avons observé est un cas de fracture ouverte compliquée de suppuration prolongée ; la restitution complète des mouvements de la jointure comme rare ; le plus souvent il persiste une réduction des mouvements, même en cas de révision, qui se traduisait chez 34 de nos blessés par la perte du tiers ou de la moitié de l'amplitude des mouvements.

L'atteinte portée aux *mouvements des doigts* est beaucoup moins fréquente et persistante que celle du poignet.

Pour les *quatre derniers doigts* ce sont surtout les mouvements de flexion qui nous intéressent, car c'est de la flexion plus ou moins complète et plus ou moins forte de ces doigts que dépend la préhension plus ou moins solide d'un instrument à manche. 56 fois sur 74 cas sur lesquels nous sommes renseignés, la flexion des doigts pouvait se faire de façon complète, mais elle était encore, chez quelques blessés, un peu pénible au moment de notre examen.

La flexion des doigts était réduite de façon assez appréciable dans 13 cas, la pulpe des doigts demeurait distante de la paume de : un centimètre dans 2 cas, de un à deux centimètres dans 5 cas, de deux à trois centimètres dans 1 cas, de trois à quatre centimètres dans 2 cas, de quatre à cinq centimètres dans 1 cas, de sept centimètres dans 1 cas, enfin dans un dernier cas l'index était demeuré presque étendu.

On conçoit quelle gêne apporte dans le fonctionnement de la main en particulier pour la préhension solide des instruments, ces limitations qui atteignent parfois plusieurs centimètres et qui, heureusement, sont assez rares puisque nous les avons relevées seulement 13 fois.

Pour le pouce nous avons à tenir compte, dans l'appréciation de sa valeur fonctionnelle, non seulement des mouvements intéressant la flexion et l'extension de ce doigt, mais aussi des mouvements d'opposition avec les autres doigts et avec la paume de la main. Par ce mouvement d'opposition le pouce prend une part très active dans la préhension et la tenue solide des instruments à manche ; c'est lui en outre qui permet de saisir et de tenir, dans

le mouvement de pince, de petits objets, tels qu'une épingle, un crayon, etc., entre le pouce et les autres doigts. Analysant les mouvements du pouce chez nos blessés, nous avons constaté que dans 67 cas sur lesquels nous sommes renseignés, 43 fois ils avaient conservé toute leur amplitude, une fois la flexion était très limitée, dans les autres cas elle était, le plus souvent, légèrement limitée ; dans 10 cas le mouvement d'opposition était réduit, 7 fois légèrement et 3 fois de façon plus marquée ; la difficulté et même l'impossibilité de saisir un petit objet n'existaient que dans 2 cas.

La limitation des mouvements de *prosupination*, c'est-à-dire des mouvements de rotation de l'avant-bras en dehors ou en dedans autour de son axe, intéressait chez nos blessés un peu plus souvent la pronation que la supination. Dans les 78 cas de notre statistique sur lesquels nous sommes renseignés la prosupination avait conservé toute son amplitude dans 15 cas, elle était seulement légèrement limitée dans 14 cas ; on peut donc dire que dans 29 cas la prosupination était normale ou à peu près ; elle perdait environ un quart de son amplitude chez 7 sujets, un tiers de son amplitude chez 17, la moitié chez 14, les deux tiers chez 7 sujets ; elle était totalement perdue chez 2 blessés.

L'atrophie de la main et de l'avant-bras ont été relevées chez plusieurs de nos blessés.

L'atrophie de la main, décelée par les mensurations et l'exploration des éminences thénar, existait chez 32 de nos blessés ; sauf dans un cas où elle était très marquée, le plus souvent elle était de un demi à un centimètre, exceptionnellement elle atteignait un centimètre et demi.

A l'avant-bras nous l'avons constatée dans 22 cas ; le plus souvent elle ne dépassait pas un demi-centimètre à un centimètre, exceptionnellement elle atteignait deux et trois centimètres.

Du fait de l'atrophie, du fait aussi de la gêne fonctionnelle provoquée par la limitation des mouvements de la main et des doigts, on conçoit que la diminution de la *force* développée par le membre blessé existe chez la plupart des accidentés, dans les mois qui suivent la blessure, même à un degré parfois assez marqué ; la main est maladroite, ne peut pas soulever de poids lourds, tient péniblement un instrument à manche et, de ce fait, la durée des incapacités temporaires se trouve allongée ; mais il est impossible d'apprécier de façon exacte la diminution de la force, nous savons combien il est difficile de s'en fier même aux données fournies par le dynamomètre.

Des *troubles de la sensibilité* ont été notés chez 6 de nos blessés seulement ; ils siégeaient généralement au niveau de la main et des doigts et se manifestaient soit par une perte localisée de la sensibilité au niveau du dos de la main ou des doigts, soit, plus souvent, par des troubles d'hyperesthésie, par des fourmillements dans certains doigts ; j'ai observé chez deux sujets, dont l'un très nerveux, une irradiation de la douleur dans le membre supérieur. Aucun de nos blessés ne présentait de troubles trophiques ; aucun n'avait de symptômes en relation avec une atteinte profonde du nerf médian.

Par contre chez 4 d'entre eux j'ai relevé des *troubles de la circulation* se traduisant par un aspect violacé des téguments de la main et des doigts et s'accompagnant d'un peu d'œdème.

***

La *thérapeutique* suivie chez 44 sujets de notre statistique, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas, a été l'*immobilisation* de l'avant-bras et de la main, soit à l'aide d'un appareil à attelles (7 fois), soit à l'aide d'un plâtre (37 fois), mais il m'a été difficile de faire préciser aux blessés, s'il y avait eu avant l'application de l'appareil, une tentative de réduction de la fracture ; je ne relève cette réduction que sept fois dans ma statistique. Beaucoup de nos blessés ont été traités par une simple immobilisation passagère, sans pose d'un appareil, soumis dès le début aux massages et aux moyens physiothérapiques.

Dans cinq cas de *fractures compliquées une intervention chirurgicale* a été pratiquée : deux fois il s'agissait de fractures ouvertes qui ont subi une opération de nettoyage et de désinfection de la plaie ; l'une d'elles a été suivie d'une suppuration qui s'est propagée à l'avant-bras et par la suite treize opérations de drainage avec esquillectomies, ont été nécessaires ; c'est cette fracture qui a provoqué une incapacité temporaire de près de quinze mois et qui a conduit à l'incapacité permanente la plus élevée de notre statistique, 48 %.

Les autres fractures compliquées concernaient des cas où la fracture du radius était accompagnée d'une lésion concomittante intéressant les osselets du carpe ; en pareil cas, l'opération a été dirigée contre la lésion carpienne et a conduit à l'extirpation du semi-lunaire dans deux cas. Enfin, dans un cas, devant l'impossibilité de réduire, on a eu recours, le cinquième jour, à la réduction sanglante.

***

Cette thérapeutique a donné les résultats suivants :

Incapacités temporaires

Dans 10 cas nous ne sommes pas exactement renseigné sur la durée de l'incapacité temporaire. Dans un cas, le blessé n'a pas voulu abandonner ses occupations, il n'y a pas eu d'incapacité temporaire.

Dans les 67 cas où elle est connue, l'incapacité temporaire a été :

2 cas : 1 mois	2 cas : 5 mois
7 cas : 1 à 2 mois	1 cas : 6 mois
10 cas : 2 mois	1 cas : 7 mois
16 cas : 2 à 3 mois	2 cas : 8 mois
9 cas : 3 mois	1 cas : 9 mois
5 cas : 3 à 4 mois	1 cas : 10 mois
6 cas : 4 mois	1 cas : près de 15 mois
3 cas : 4 à 5 mois	

Cet exposé montre que, dans les deux tiers des cas, l'incapacité temporaire a eu une durée de un à trois mois. Passé trois mois, la durée de l'incapacité temporaire est conditionnée par l'âge avancé des sujets, la localisation de la fracture sur les deux poignets, la mauvaise réduction de la fracture, les complications surajoutées à la fracture elle-même (retentissement douloureux du côté du membre supérieur, arthrite de l'épaule, fracture irréductible nécessitant une opération, fracture ouverte compliquée de suppuration, fracture concomittante des os du carpe) et les complications à distance associées à la fracture du poignet ; c'est ainsi que dans notre statistique des incapacités temporaires de cinq mois, de sept mois, de huit mois, sont attribuables à des fractures de jambe, de cuisse, de la colonne vertébrale par tassement, du bassin. Il faut donc considérer que, pour les fractures simples de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras, la durée de l'interruption du travail oscille entre un et trois mois ; la durée de l'incapacité temporaire est, le plus souvent, de deux à trois mois.

Incapacités permanentes

Le taux des invalidités permanentes s'échelonne de 0 % à 48 %, de la façon suivante :

0 % : 2 cas	14 % : 2 cas
3 % : 1 cas	15 % : 5 cas
4 % : 6 cas	16 % : 2 cas
5 % : 1 cas	18 % : 5 cas
6 % : 3 cas	20 % : 1 cas
7 % : 4 cas	22 % : 2 cas
8 % : 4 cas	25 % : 2 cas
9 % : 2 cas	30 % : 2 cas
10 % : 17 cas	32 % : 1 cas
11 % : 1 cas	35 % : 2 cas
12 % : 12 cas	48 % : 1 cas

Ce tableau montre que, dans plus de la moitié des cas (40 sur 78), le taux de l'invalidité est inférieur ou égal à 10 %, taux d'invalidité très peu élevé. Puis viennent 20 cas où l'invalidité est encore peu élevée et va de 11 % à 15 %.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
BÉNERVA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Aneurine cristallisée* *(Vitamine B_1)* Comp. 1 mg. : 2 à 4 p. j. Amp. 1 cm³ (2 mg) : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ (10 mg) : 1 p. j.	B_1-Hypovitaminoses Surmenage, Algies, Polynévrites, etc.
DIURÈNE Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait TOTAL* *d'Adonis Vernalis*	Œdèmes et Ascites Extrasystoles - Dyspnées
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
IMIDO "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Solution de bi-chlorhyd. d'histamine* 1/10e à 1 amp. (1 cm³) par jour selon les cas	Epreuve de l'histamine Coxarthries, Algies
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques
PHILENTÉROL Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin polyvalent buvable* (colibacilles, entérocoques, staphylocoques) Une ampoule par jour pendant dix jours. Reprendre la cure si nécessaire après un repos de huit à dix jours	Colites, Diarrhées, Grippe intestinale, Syndrome entéro-rénal, Appendicites, Cystites, Pyélo-néphrite gravidique Vaccination pré- et post-opératoire
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide* *(Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
STALYSINE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif antistaphylococcique* *Injectable* : Injection initiale de 1/2 cc. Les suivantes de 1 cc. tous les jours *Voie buccale* : Une ampoule le matin, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections d'origine staphylococcique Furonculose, Anthrax, Acné, etc...
SYNTROPAN "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Spasmolytique synthétique* Comp. : 1 à 3 par jour Amp. 1 cm³ : 1 à 2 par jour Supp. : 1 à 2 par jour	Toutes les indications de l'atropine

Les invalidités supérieures à 20 % ont été attribuées à des sujets qui présentaient des troubles fonctionnels marqués caractérisés surtout par de la raideur des doigts, par une limitation de la flexion des doigts qui restaient éloignés de plusieurs centimètres de la paume de la main, rendant ainsi difficile et sans force la préhension des instruments à manche et obligeant, dans quelques cas, les blessés à un changement de profession, d'où des invalidités de 30 à 35 % ; un taux d'invalidité élevé (25 %) a été accordé à deux sujets qui présentaient une fracture simultanée des deux poignets.

L'invalidité de 48 % a été attribuée à une fracture ouverte compliquée d'accidents de suppuration prolongés qui avaient abouti à la perte presque totale de la main.

Dans notre statistique figurent 25 blessés qui ont été expertisés par nous en *révision*, c'est-à-dire dans les délais légaux de trois années après la première expertise. Nous avons pu constater que, chez ces blessés, une amélioration considérable s'était produite dans certains cas, entre la première et la seconde expertise, une seule fois il y avait eu aggravation dans l'état du blessé. Dix de ces blessés présentaient une réduction de moitié et même de plus de moitié du taux de l'invalidité primitive ; 14 d'entre eux avaient une invalidité définitive égale ou inférieure à 10 %, pour plusieurs d'entre eux les invalidités étaient de 4 %, 6 %, 7 %. Cet examen des cas révisés montre quelle amélioration on est en droit d'attendre de la reprise active et prolongée du travail, et doit nous inciter à considérer comme favorable le pronostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius dans tous les cas qui ne sont pas compliqués et qui sont convenablement traités.

Nous rappellerons, en terminant, que toute fracture du radius doit être radiographiée, et que lorsqu'il existe un déplacement du fragment inférieur en haut et en arrière, ce qui est assez fréquent, *la réduction de la fracture*, sous anesthésie de préférence, *doit être pratiquée le plus rapidement possible ;* une seconde radio assurera le contrôle de la bonne réduction ; la main sera ensuite placée en bonne position de réduction, c'est-à-dire en flexion forcée et en adduction dans un appareil plâtré, qui ne sera pas maintenu en place plus d'une quinzaine de jours. Ensuite un traitement physiothérapique permettra de lutter contre la raideur du poignet et des doigts.

A cette condition, les résultats du traitement de ces fractures pourront être encore notablement améliorés.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mardi 29 avril 1941. — Jury : MM. Rathery, Laignel-Lavastine, Cathala, Sicard. — M. Walther. Les ictères prolongés par pancréatites chez l'enfant. — M. Malbreil. Manifestations psychiques au cours de la maladie de Basedow.

Mercredi 30 avril 1941. — 1° Jury : MM. Gosset, Lœper, Turpin, Portes. — M. Grangenois. Contribution à l'étude des péritonites streptococciques primitives de l'adulte. — M. Ranarison-Bonard. La fièvre bilieuse hémoglobinurique et son traitement par l'or colloïdal. — M. Chassagne. Morphologie et rôle physio-pathologique du thymus (tumeurs exceptées). — 2° Jury : MM. Sthrol, Troisier, Moreau, Delarue. — M. Pioux. Le champ visuel dans les amétropies. — M. Cler. A propos d'un cas de fibrome envahissant du médiastin antérieur. Considérations sur le diagnostic des tumeurs médiastinales antérieures.

Samedi 3 mai 1941. — Jury : MM. Guillain, Gastinel, Mollaret, Turpin. — M. Lebas. Angine diphtérique maligne avec hyperazotémie terminée par la guérison.

THESE VETERINAIRE

Mercredi 30 avril 1941. — Jury : MM. Gosset, Pons, Robin. — M. Guillotin. De l'amélioration du trotteur français par le sang américain.

L'ORIENTATION DES ADOLESCENTS ANORMAUX (1)

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

De tout temps, on s'est préoccupé du sort des anormaux, mais les œuvres auxquelles on les confiait coordonnaient rarement leurs efforts. N'est-il point normal que cette assistance soit organisée par l'Etat, qui, seul, possède les moyens aptes à faire, pour ces déficients, l'adaptation qui leur permette de se rendre utiles à eux-mêmes comme à la société ?

C'est à ce sujet, auquel nous avons nous-même, avec le professeur P. Nobécourt et MM. Dublineau, Fay, Levent, Michaux, consacré tout un volume (2), que, sous l'inspiration de M. G. Heuyer, Mme Aldou vient de consacrer une partie de sa très intéressante thèse (3). Extrayons-en quelques données pratiques.

Chez les adolescents, les anomalies peuvent être physiques ou psychiques.

Les anomalies *physiques* se divisent elles-mêmes en plusieurs variétés.

Voyons d'abord les malformations et déformations qui font désigner ceux qui en sont atteints des noms d'*infirmes* ou d'*estropiés*. Aux premières ressortissent, entre autres, la luxation de la hanche, le genu varum ou valgum, le pied bot, le pied plat, le pied creux. Nombre d'entre elles peuvent être améliorées ou appareillées par l'orthopédiste ou par le chirurgien. Quant aux secondes, elles sont représentées par la tuberculose osseuse, l'ostéomyélite, la poliomyélite.

La tuberculose peut produire des gibbosités dorsales, lombaires, ou dorso-lombaires, des ankyloses cervicales, de l'atrophie ou du raccourcissement des membres, surtout importantes aux membres inférieurs après coxalgie ou tumeur blanche du genou, des déformations des mains et des pieds. L'ostéomyélite entraîne le raccourcissement des membres, quand elle siège sur les épiphyses : elle peut évoluer vers la chronicité. La poliomyélite a pour conséquence fréquente le raccourcissement et l'atrophie musculaire, avec impotence fonctionnelle.

Les fractures graves consolidées en position vicieuse, les hémiplégies et paraplégies infantiles peuvent aussi compromettre le pronostic fonctionnel chez l'adolescent qui en est atteint.

Comment orienter ces sujets ? Avant tout, il faut s'assurer que, d'une part, leur état général est satisfaisant ; que, de l'autre, les lésions locales ne sont plus en activité. Il convient aussi de tenir le plus grand compte des questions de localisation. Les gibbeux seront détournés des métiers de force, comme des métiers altruistes, que contre-indique leur extrême sensibilité, mais, comme ils sont ingénieux et intelligents, ils pourront devenir, soit de petits artisans (horlogers, relieurs), soit des employés de laboratoire et de bureau.

Faut-il dire que les boiteux doivent être écartés des professions où l'on a à porter des fardeaux, à marcher, à se tenir longtemps debout (maréchal-ferrant, facteur, coltineur, briquetier, métiers de l'alimentation), et, qu'inversement, tous les travaux assis leur conviennent : vannier,

(1) Cf. L. Babonneix. *Le rôle du médecin dans l'orientation professionnelle de l'adolescent. Gaz. Hôp.*, 1941, n° 31-32, p. 309.

(2) P. Nobécourt et E. Babonneix. *Enfants et jeunes gens anormaux.* Paris, 1939, in-8°, Masson.

(3) F. Aldou. *Le rôle du médecin dans l'orientation professionnelle de l'adolescent. Th. Paris*, 1940, in-8°, Maloine.

horloger, employé de bureau? Mêmes réflexions pour les amputés de jambe et des culs-de-jatte.

Les estropiés des membres supérieurs peuvent être utilisés, lorsqu'un des deux membres est indemne, aux travaux de bureau, avec rééducation préalable de la main gauche, si c'est la main droite qui est lésée ; les estropiés des deux membres supérieurs ne sont guère utilisables que dans quelques emplois de surveillance.

Les *sourds* et les *durs d'oreilles* doivent être détournés des métiers de relations : professeurs et instituteurs, avocats, gens de maison, représentants de commerce, vendeurs, comme de ceux qui nécessitent une bonne discrimination des hauteurs et des timbres : cantonniers, maçons, plombiers, mécaniciens, radio-télégraphistes, médecins, et des métiers de garde qui s'exercent dans le silence et ont pour but de saisir un léger bruit annonciateur de phénomènes à déceler : concierge, veilleur de nuit, garde-chasse, douanier, sentinelle, infirmier.

Quelles sont donc les professions qu'il faut leur réserver ? Celles qui s'exercent dans le bruit (ouvrier d'usine), quand il s'agit d'une surdité de transmission, liée à un état chronique ; celle de chaudronnier et de cloutier, si les sons aigus sont perdus, les sons graves conservés. En cas de surdité complète, on songera aux métiers d'artisanat : cordonnier, graveur, horloger, joaillier, peintre, relieur, sertisseur.

Pour les *aveugles*, après un enseignement scolaire adapté à leur état (fondation Valentin Haüy), ils seront dirigés sur les métiers classiques : accordeurs de piano, organistes, si, chez eux, l'ouïe est bien développée, sinon, on les orientera vers les métiers manuels : brosserie, cannage, fabrication de filets, rempaillage, tricotage, auxquels, malheureusement, l'usine fait une terrible concurrence : on peut alors penser à d'autres métiers : tonnellerie, cordonnerie, massage, sténo-dactylographie avec machines spéciales.

En divers pays, on a essayé d'utiliser les aveugles dans la grande industrie, tentative encore peu pratiquée en France.

Les borgnes sont surtout aptes aux emplois de bureau.

Les *anormaux par grosse insuffisance glandulaire* relèvent, le plus souvent, de l'asile.

Aux *cardiaques* ne conviennent pas les métiers de force, où il y a à monter des escaliers, à porter des fardeaux, pas plus que ceux qui s'exercent de nuit et qui comportent des à-coups et des émotions. Ce qu'il leur faut, c'est un métier assis, dans une atmosphère calme et permettant une vie réglée. Quant aux indications spéciales, elles sont fournies par l'Aide aux cardiaques, fondée par le professeur Vaquez. Notons que l'Association amicale des cardiaques, reconnue d'utilité publique, leur apporte du travail à domicile et les aide dans leur vie quotidienne.

Les *diabétiques* seront détournés des milieux nécessitant une attention volontaire continue, de la sûreté des mouvements et où les sujets sont exposés au vertige.

Les *tuberculeux* en évolution doivent, avant tout, être traités et il ne saurait être question pour eux, tant que leurs lésions ne sont pas guéries, d'orientation. Cependant, on pourra commencer avec prudence la réadaptation pendant la cure au sanatorium, ou immédiatement après, à condition d'aller progressivement et prudemment. A la fin du séjour ou de la post-cure, la capacité de travail du malade sera précisée : elle est faite de sa puissance physique, de ses aptitudes professionnelles, de son habileté, de son rendement. Au médecin de procéder à toutes les recherches qui permettront de décider de l'orientation.

Les *anormaux psychiques*, qui sont, avant tout, des inadaptés sociaux (Heuyer), doivent, par suite, être adaptés à une situation sociale appropriée, quand une telle adaptation est possible.

S'agit-il de débiles, incapables de choisir leur métier, et qui n'ont aucune aptitude particulière, ceux qui sont éducables et perfectibles seront dirigés vers les classes et internats de perfectionnement créés par la loi de 1909, qui n'acceptent, d'ailleurs, que des déficients éducables, n'ayant pas plus de deux ou trois ans de retard au maximum. Quand ils ont atteint 16 ans, il faut, si possible, les faire entrer dans des ateliers-écoles de perfectionnement, où ils ne seront pas rebutés par un travail compliqué et où ils trouveront une éducation appropriée à leurs moyens. Sont essentiellement contre-indiqués les métiers dangereux, où l'on a besoin d'attention, de sang-froid, d'appréciation des distances, comme ceux qui lui font courir un danger moral, où il fréquente de mauvais milieux et n'a sous les yeux que d'affreux exemples. La meilleure solution, pour la plupart, est le retour à la terre. Selon les cas, on s'adressera, soit au placement familial agricole, soit aux écoles d'agriculture et d'horticulture. S'agit-il de filles, le choix est plus étendu, beaucoup de métiers féminins n'exigeant pas beaucoup d'initiative.

Lorsqu'on a affaire à des anormaux chez lesquels prédominent les *troubles caractériels*, il faut examiner avec soin chaque cas. L'émotif fera un excellent artisan ou employé de bureau : « Le métier de bibliothécaire est particulièrement indiqué pour lui, car, pris de panique dans les contacts avec les autres hommes, il se plait souvent à la lecture et à la méditation. Inversement, il échouera dans les postes de commandement, les métiers de relations humaines et de contact avec la clientèle. Les déprimés constitutionnels, les phobiques sont souvent améliorés par un métier actif, engageant leur responsabilité. L'instable ne réussira pas s'il choisit un métier exigeant une attention soutenue; s'il se place à la campagne, s'il s'engage : l'idéal, pour lui, serait de suivre des cours d'atelier d'apprentissage en milieu fermé. Le paranoïaque ne se tiendra tranquille que dans les professions isolées (agriculture, élevage), à condition, encore qu'une certaine aisance lui donne une indépendance relative.

Le pervers n'est justiciable que de la prison ou des asiles d'aliénés ; les pervertis, victimes du « milieu », des maisons d'éducation surveillée ; les sujets atteints de troubles du caractère post-encéphalitique sont aussi difficiles à placer : aux Etats-Unis, on a essayé, pour eux, des internats où les occupations se succèdent si rapidement qu'elles ne leur laissent pas le temps de mal faire.

Le coléreux sera détourné des professions altruistes. Le travail en commun ne lui réussit pas davantage.

Pour l'épileptique, existent nombre de contre-indications absolues : telles les professions qui nécessitent la manipulation de feu, l'usage d'échelles ou d'échafaudage, d'instruments dangereux, d'objets précieux. Il ne peut remplir les fonctions exigeant une vigilance continue : transports, téléphone, ni celles où l'attention joue un rôle capital : chirurgien-dentiste, pharmacien, physiothérapeute. Il faut l'aider à en trouver qui s'exercent dans de bonnes conditions hygiéniques, sans contact avec le public : brosserie, vannerie, cartonnage, fabrication des nattes, des chaussons, des paillassons; s'il se trouve, en plus, débile, métiers de rempailleur, bourrelier, relieur, gantier, pour ceux d'intelligence moyenne ; travaux d'artisanat et de bibliothèque, pour ceux dont le niveau mental est élevé. Pour leur enseignement, il faudrait de petits ateliers à caractère familial où on les aidera toute leur vie.

Quant aux enfants délinquants, le plus souvent, le placement agricole familial est la meilleure solution pour eux. Les troubles sont-ils plus marqués, on s'adressera aux écoles internationales de rééducation ; en cas d'échec de l'orientation chez le délinquant pervers inéducable, inintimidable, inadaptale, il n'y a plus qu'à les mettre dans des maisons de réforme à caractère pénitentiaire ou dans un asile d'aliénés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 7 avril 1941

Isomérisation des mono-expoxydes dérivés des cyclohexadienes 1.3 et 1.4. Formation des cyclopentényl-formaldéhydes correspondants et d'une même cétone, la cyclohexénone 1.4. — M. Marc Tiffeneau et Mlle Bianca Tchoubar.

Séance du 16 avril 1941

Le dosage du phosphore par microsédimentation. Application aux liquides biologiques. — M. Radu Vladesco.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 29 avril 1941

Chantiers, Centres ruraux et Ateliers de la Jeunesse. — M. P. Nobécourt lit un rapport sur l'hygiène des *Chantiers*, des *Centres ruraux*, des *Ateliers de la Jeunesse*. Il expose les principes qui doivent présider à leur organisation, à leur fonctionnement, à l'admission des jeunes. L'admission ne doit être faite qu'après un examen médical destiné au dépistage des maladies, notamment de la tuberculose, et à l'appréciation des aptitudes physiques. Il faut tenir compte des modalités de l'organisme aux différents âges : 20 et 21 ans dans les Chantiers ; 17 à 20 ans dans les Centres ruraux ; 14 à 17 ans dans les Ateliers, en particulier, pour l'alimentation, l'exercice physique, le travail manuel. La prophylaxie des maladies transmissibles parmi lesquelles les maladies vénériennes et de l'alcoolisme doit être l'objet d'une attention soutenue. Le médecin doit tenir une grande place dans ces formations ; ses fonctions sont complexes et variées ; il doit bien connaître la physiologie de la jeunesse, l'hygiène et la pathologie des collectivités, pouvoir consacrer tout son temps à l'accomplissement de ses devoirs.

L'Académie discutera cette question après la publication du rapport dans son Bulletin.

Rapport au nom de la Commission du Rationnement pharmaceutique. — M. Goris. — Devant une situation tragique l'auteur a étudié les problèmes de réapprovisionnement qui se posaient avec le plus d'acuité et a proposé des mesures qui, dans certains cas, si elles sont appliquées avec *rapidité* et *méthode*, seront susceptibles d'apporter des améliorations certaines. En particulier, il a envisagé les moyens de remédier au manque de caféine, des alcaloïdes de l'opium, de la farine de moutarde ; s'est préoccupé du ramassage des glandes dans tous les abattoirs ; de la récolte des plantes médicinales, de pallier à la pénurie des corps gras, de l'huile de foie de morue, des objets de pansements, etc.

Dès qu'un médicament se raréfie au delà d'une certaine limite, il faut intervenir pour envisager les moyens de rétablir la situation compromise.

Mais si l'Académie a la charge de mettre à *l'étude* les questions qui lui sont présentées et de préconiser des *solutions*, c'est au Ministère de la Santé Publique qu'incombe la *responsabilité* de prendre certaines décisions proposées par la Commission.

Sa tâche, avouons-le, n'est pas aisée, mais si on ne trouve pas un appui sérieux de la part des administrations française et allemande, nous nous trouverons dans quelques mois devant des problèmes insolubles et aborderons l'hiver dans des conditions déplorables.

Tel est, très objectivement, mais aussi très loyalement exposé, l'état de cette question qui préoccupe à si juste titre le Corps médical.

Les exigences thérapeutiques et les besoins d'économie. — M. Lœper. — Après avoir étudié successivement les difficultés du ravitaillement, son déficit en substances même indispensables, les possibilités parfois de certaines substitutions au moins momentanées, le professeur Lœper conclut de la sorte :

Le cri d'alarme que pousse l'Académie doit être entendu des Pouvoirs publics, des pharmaciens et des médecins. Rien, certes, ne peut se faire en un jour. Mais, d'ores et déjà, les uns et les autres doivent connaître les avis, les conseils et les directives de ceux qui ont à la fois le souci et la responsabilité de la Santé publique.

I. — Il semble que la mission des *Pouvoirs publics* soit quadruple :

1° Tenter par tous les moyens possibles de relier la France à l'étranger qui lui fournissait certaines matières premières, comme le bismuth et le mercure, le quinquina, l'opium et l'ipéca, et à son empire colonial qui lui apportait jadis aisément une partie de ce qui lui manque surtout en strophantus ;

2° Etendre la culture des plantes médicinales comme la menthe, la camomille, la bourdaine, l'ail, le genêt, etc., veiller strictement à leur entretien et à leur récolte ; acclimater, si possible, certaines plantes méridionales ou étrangères, telles que le boldo, le combretum, l'hamamelis, etc. ;

3° Subventionner des laboratoires de synthèse pour y réaliser, non plus scientifiquement, mais industriellement, des produits comme la théobromine, la caféine, l'atophan, l'uroformine, etc. ;

4° Faire connaître aux pharmaciens et aux médecins tous les trois mois la liste des substances rares qu'ils ne doivent pas gaspiller et des substances déficientes qu'ils ne peuvent momentanément prescrire.

II. — Le rôle du *pharmacien* n'est certes pas non plus négligeable. Il est aussi quadruple. Sa responsabilité qui a toujours été engagée dans la confection d'une ordonnance à tel point qu'il lui arrive souvent de demander au médecin des explications, des précisions, voire des rectifications, peut être engagée dans la prodigalité d'une odonnance. Indiscutablement, il doit :

1° Maintenir autant que possible ses stocks, surtout de produits antiseptiques, cardiotoniques et sédatifs ;

2° Veiller à ce que la quantité de cachets, de poudres ou de potions ne dépasse point, dans une même ordonnance et pour une même personne, le nombre de jours pour lesquels ils sont prescrits ;

3° Limiter le volume ou le nombre des produits qu'il peut livrer directement à ses clients et sans avis médical, tels que cachets, granules, poudres, sirops, vins généreux à la dose d'un jour ou de quelques jours ;

4° Même en ce qui concerne les spécialités, s'interdire de remettre au client plusieurs boîtes d'un même produit et de véritables provisions.

III. — Quant au *médecin*, ses obligations tiennent en quatre points. Il lui faut :

1° Se renseigner ou être renseigné sur l'arsenal disponible ;

2° Etudier soigneusement les équivalences ou les substitutions aussi bien pour la formule que pour la spécialité ;

3° Réduire ses prescriptions en produits étrangers ou coloniaux, les réduire surtout en alcaloïdes de tout ordre ;

4° Limiter son ordonnance au strict nécessaire sans l'enrichir de prescriptions multiples dont certaines ne sont pas indispensables ; limiter surtout strictement ses médicaments au jour ou aux quelques jours auxquels ils doivent s'appliquer, éviter de formuler d'abondants sirops, de volumineuses boîtes de cachets, de poudres ou d'ampoules, qui ne seront utilisés qu'en partie et seront ainsi perdus.

L'Académie pense par ces divers moyens enrayer la crise de ravitaillement dont nous sommes menacés.

Pour assurer le ravitaillement en médicaments, l'Académie émet le vœu suivant :

1° Que les Pouvoirs publics stimulent l'extraction des médicaments, la synthèse des produits thérapeutiques, la culture des plantes médicinales et publient tous les trois mois au minimum la liste des médicaments rares ou déficient ;

2° Que le pharmacien s'interdise de donner sans ordonnance aux clients des médicaments de réserve ou de provisions ;

3° Que le médecin fasse des formules simples, limitées strictement dans leur volume et leur dose à une courte période ; qu'il accorde ses prescriptions avec les possibilités que lui indiquent les Pouvoirs publics ; qu'il économise, dès aujourd'hui, tous les alcaloïdes, l'ouabaïne, les produits organiques et les produits exotiques.

Sur un cas de polyomyélite antérieure aiguë avec généralisation progressive et paralysie respiratoire. Son traitement par la respiration artificielle et l'emploi du poumon d'acier. — MM. Léon Binet, A. Cornet et P. Tanret rapportent l'observation clinique d'une jeune fille atteinte de paralysie infantile généralisée, avec arrêt de la respiration. Après des manœuvres manuelles de respiration artificielle poursuivies durant une journée, la malade fut placée dans un poumon d'acier fixe, de grand modèle, puis un poumon artificiel portatif, de dimensions restreintes, permit de lui faire subir un traitement par rayons X. Après un séjour de 4 semaines, elle put respirer à l'air libre. Une complication pleuro-pulmonaire amena un nouveau séjour dans l'appareil à respiration artificielle et la malade est actuellement en voie de guérison.

Une telle observation légitime l'existence des dispositifs mécaniques destinés à la pratique de la respiration artificielle qui doivent être fréquemment contrôlés et toujours prêts à fonctionner aussi rapidement que possible.

Résultats de l'enclouage du col du fémur. — M. Paul Mathieu. — Sur une statistique personnelle de 125 cas opérés pour fracture cervicale vraie, M. Mathieu retient les 103 premiers cas, opérés depuis plus d'une année. Il peut arriver, en effet, qu'un résultat immédiat, excellent au point de vue anatomique et fonctionnel, évolue tardivement vers une pseudarthrose.

Sur 101 cas anciens qui ont pu être suivis, l'enclouage par la technique décrite par l'auteur, a donné 82 consolidations avec 70 % de résultats fonctionnels excellents ; 30 % des cas compor-

tent les inconvénients d'une coxarthrie plus ou moins marquée. La mortalité opératoire est minime (moins de 1 %) ; la mortalité éloignée pour affection intercurrente tardive est de moins de 4 %, ce qui démontre la bénignité de l'acte opératoire. Les échecs sont immédiats (6 cas) ou tardifs (8 cas). L'auteur les étudie en détail. Certains échecs tiennent à l'état pathologique du col, d'autres à des enclouages défectueux par suite des dimensions restreintes du fragment capital.

Déséquilibres alimentaires et vitamines. — M. Raoul Lecoq montre, dans son exposé, que les manifestations avitaminiques ne sont pas dues toujours à l'absence d'une vitamine spécifique, mais doivent être fréquemment attribuées à des déséquilibres alimentaires.

Ceux-ci peuvent provenir de causes très diverses, notamment de la présence en forte proportion, dans un régime de sucres (glucides), de matières azotées (protides) ou de matières grasses (lipides) nécessitant pour être convenablement utilisées un équilibre très strict. Lactose, lévulose, peptone de muscle et d'ovalbumine, huile de ricin sont, en particulier, des aliments de déséquilibre et c'est précisément à leur action de déséquilibre que doivent être attribuées leurs propriétés thérapeutiques.

Une action trop poussée des diverses diastases est aussi une cause de déséquilibre, de même qu'une hydrolyse préalable des aliments ou une insuffisance des substances scoriacées dites « de lest ». Ces différents déséquilibres organiques se manifestent, chez le pigeon par des accidents polynévritiques et chez l'homme par du béribéri ou des formes frustes, avec névrites. La véritable cause paraît être, dans tous les cas, la production de troubles dans les échanges nutritifs aboutissant à un déséquilibre marqué dans le *sens de l'acidose*.

Des déséquilibres du même ordre peuvent être obtenus par addition à un régime normal des principales substances provenant du métabolisme intermédiaire ; or, celles-ci peuvent aussi se retrouver dans l'organisme à la suite d'une perturbation dans le fonctionnement des glandes endocrines, d'un déséquilibre dans le microbisme intestinal et chaque fois que se trouve lancés dans la circulation sanguine des glucides, protides ou lipides, altérés, désintégrés ou non, provenant des suites d'un accouchement, d'un traumatisme, d'une opération chirurgicale ou d'un foyer d'infection, débordant ou lésant le foie dans son activité. Chacun de ces déséquilibres se traduit par une exagération des besoins de l'organisme en vitamines B par gaspillage ou inhibition.

La vitaminothérapie conserve ses droits, au moins momentanément, dans tous les cas où le besoin en vitamine est simplement accru ; il ne faut pas craindre alors d'utiliser des doses thérapeutiques beaucoup plus élevées que celles qui sont généralement adoptées pour les besoins quotidiens moyens de l'homme ou de l'enfant. Chez les sujets vitamino-résistants, il convient d'instituer promptement une thérapeutique appropriée susceptible d'améliorer ou de supprimer le déséquilibre qui en est la cause. Et le syndrome avitaminique cédera ainsi — de façon assez paradoxale — à une modification de régime, à l'emploi d'antiseptiques intestinaux ou rénaux, à l'opothérapie, parfois même à la vaccination.

Dosage des porphyrines urinaires. — M. Leroux.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 23 avril 1941

Présentation de radiographies de volvulus du cœcum. — MM. Mondor et Merle d'Aubigné.

Trois cas d'endométriome du côlon sigmoïde. — M. Douay rapporte ces trois observations où la localisation sigmoïdienne était associée à des lésions d'endométriose pelvienne.

Pneumo-péricarde par plaie isolée du péricarde. — M. Cauchoix. — M. Lenormant rapporte cette observation remarquable par le fait que le diagnostic a été fait sur une image radiographique indiscutable.

Un cas de médulloblastome du cervelet opéré et guéri depuis trois ans et trois mois. — M. Ferey. — L'ablation chirurgicale fut suivie de radiothérapie pénétrante qui est sans doute pour beaucoup dans le succès obtenu.

Péritonite d'origine rénale. — M. Querneau. — M. Moure rapporte cette observation où le diagnostic ne fut posé qu'au cours de l'intervention devant l'absence de lésions appendiculaires ou intestinales expliquant la péritonite due, en réalité, à une collection suppurée périrénale.

M. Pasteau se demande si l'infection rénale n'était pas secondaire à une lésion intestinale.

Mandrins dilatateurs à étages. — M. Palmer. — M. Mocquot montre les avantages de cet appareil qui permet une dilatation très douce du col utérin.

Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique des pleurésies purulentes. — M. Maurer s'élève contre l'opposition entre pleurésies purulentes tuberculeuses ou non tuberculeuses ; toute pleurésie survenant au cours d'un pneumothorax peut subir toute une évolution bactériologique qui la transforme en pleurésie purulente. Il insiste sur l'intérêt de l'exploration lipiodolée de l'épanchement qui permet de préciser le siège des zones pleurales symphysées et de celles qui ne le sont pas.

L'évolution d'une pleurésie purulente est liée pour beaucoup à l'état de la plèvre ; à la pleuroscopie on peut vérifier cet état.

Il estime que l'association pleurésie interlobaire et abcès du poumon n'est pas exceptionnelle.

Un nouveau signe pour le diagnostic de cancer du testicule. — M. Sollard. — M. Mouchet lit ce travail basé sur 22 observations ; l'auteur fait une ponction tangentielle de la vaginale qui permet d'apprécier que la tumeur est bien testiculaire.

Rupture de la saphène interne dans un ulcère variqueux. Mort. — MM. Bréchot et Chevalier.

Plaie du cœur droit guérie spontanément. Migration d'une balle de mitrailleuse de l'oreillette à la veine rénale droite. Extraction. Guérison. — MM. Mocquot, S. Blondin et Mlle Ravet. — L'intérêt de cette observation réside dans la migration du projectile à travers la veine cave inférieure, dans la latence de la lésion cardiaque qui ne se manifestent par aucun symptôme clinique.

M. Quenu a trouvé à l'autopsie d'un blessé un projectile entré dans le cœur et ayant migré dans la veine cave inférieure.

M. Mocquot insiste sur l'intérêt de l'étude des mouvements du projectile : au début, il observa des mouvements de tourbillon puis, quelques jours après, des mouvements pendulaires.

Deux observations de fractures isolées de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. — MM. P. Mathieu et P. Lance attirent l'attention sur la nécessité d'un traitement correct de cette lésion mineure qui, méconnue, peut aboutir à une pseudarthrose gênante dont ils rapportent un exemple.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 avril 1941

Pneumothorax spontané par rupture d'emphysème ampullaire sous-pleural. Coexistence de granulations miliaires fibreuses et d'un kyste pancréatique. — MM. Bariéty, A. Hanaut et Lefebvre. — Observation d'un homme de 64 ans atteint, sans effort, d'un pneumothorax droit, entraînant la mort en quelques jours. L'autopsie montra à l'apex droit de volumineuses vésicules d'emphysème ampullaire sous-pleural, des brides pleurales et un semis de granulations fibreuses à la face postérieure. Le pneumothorax résultait de la perforation d'une vésicule emphysémateuse, facilitée par la déchirure d'un nodule tuberculeux sous-pleural.

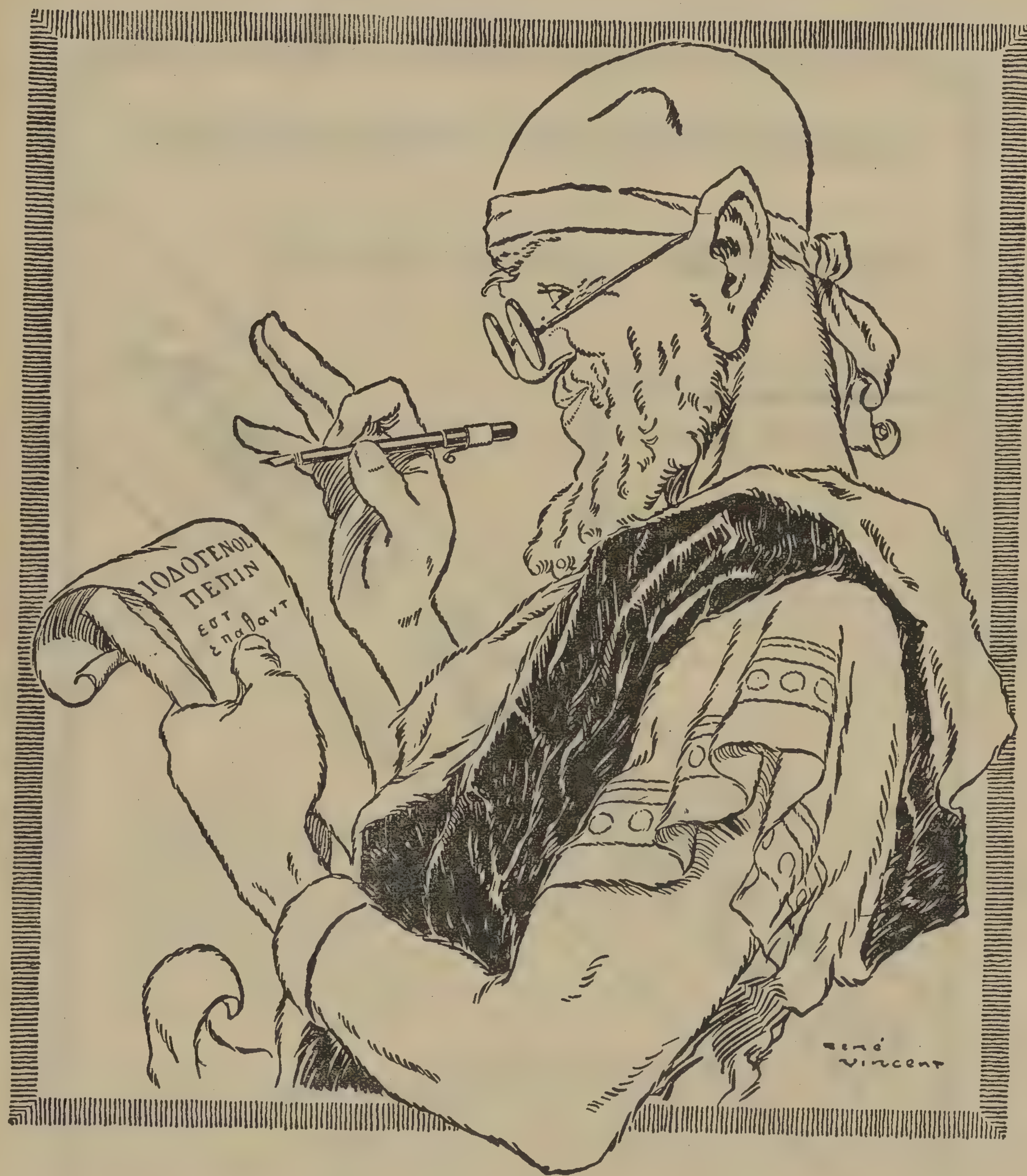
Rupture de l'aorte. — MM. Laubry et Lenègre à propos de la récente communication de Ramond rapportent trois cas de rupture de l'aorte, de localisation et de diamètre variables, dans lesquels les lésions histologiques n'ont pas paru suffisantes pour expliquer seules les ruptures signalées et posent le problème de l'action importante du traumatisme.

Hématome sous-cutané diffus par rupture d'un anévrysme aortique profond. — MM. Clerc, Macrez, Plas et Mme May. — Présentation des pièces d'un volumineux hématome sous-cutané de la région antéro-supérieure gauche du thorax, contenant 2.250 gr. d'une gelée cruorique, provenant de la rupture d'un anévrysme trilobé de la crosse aortique, le sang ayant fait irruption dans le tissu sous-cutané après avoir dilacéré les quatre premiers espaces intercostaux ; l'évolution se fit en cinq mois et la mort survint par cachexie.

Deux ans de pratique de la vaccination au B. C. G. par scarification cutanée. Etude de l'allergie consécutive. — Mlle Lagroua. — Conclusions de l'étude poursuivie dans les consultations de puériculture. — L'auteur précise les règles actuelles de la vaccination par scarification et insiste sur la simplicité, l'innocuité et l'efficacité de la méthode accessible à la pratique quotidienne. Ces qualités doivent contribuer à placer le B. C. G. en tête des moyens de lutte contre la tuberculose.

Paludisme. — M. Mollaret ayant injecté à deux sujets receveurs, différents, deux quantités égales de sang d'un même paludéen, a constaté que les accès palustres se sont produits sans aucune incubation.

Ce fait qui ne s'était encore jamais produit avec la souche qu'il entretient depuis dix ans, et ne s'est pas reproduit depuis, pose deux problèmes, doctrinal et expérimental, très intéressants.


ΙΟΔΟΓΕΝΟL
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René Vincent

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 12 avril 1941

Action de la radiothérapie à petites doses sur l'inflammation aseptique (étude histologique). — MM. Duvoir et G. Poumeau-Delille ont étudié les effets des rayons X à petites doses sur des abcès à térébenthine chez le lapin. Les modifications histologiques provoquées sont variables suivant la dose de rayons et suivant l'âge de l'abcès. La dose moyenne de 75 r. exalte les réactions de défense.

Sur le passage de la variante smooth à la variante rough chez les bactéries à Gram négatif et plus spécialement chez les Salmonella. — M. A. Boivin a constaté que le passage spontané de la variante smooth (virulente et vaccinante) à la variante rough (non virulente et non vaccinante), par perte de l'antigène glucido-lipidique, s'effectue avec plus ou moins d'aisance d'une souche à l'autre d'une même espèce bactérienne. Souvent, mais non toujours, il est favorisé par la présence de l'anticorps O correspondant.

Action de plusieurs poisons du système autonome sur les effets vasculaires de la trinitrine. — M. M. Bariéty et Mlle D. Kohler montrent que les produits qu'ils ont étudiés (éphédrine et noréphédrine, atropine et sympatholytiques) augmentent la vasodilatation et l'hypotension dues à l'injection endoveineuse de petites quantités de trinitrine.

Action de l'anhydride carbonique sur la circulation pulmonaire. — MM. L. Binet et F. Bourlière, étudiant l'action de l'ahydride carbonique sur la préparation de poumon isolé, artificiellement irrigué et rythmiquement ventilé, montrent que l'addition de CO^2 dans le mélange gazeux utilisé pour la ventilation augmente le tonus des vaisseaux sanguins pulmonaires.

Nombre des corpuscules élémentaires et vaccinogénèse. — M. C. Levaditi en inoculant au lapin, par voie intradermique, des dilutions progressives d'une suspension de corpuscules vaccinaux, afin de préciser la dilution critique avec laquelle on obtient simultanément des résultats positifs et négatifs, a été conduit à penser que l'unité infectieuse correspond non à un seul corpuscule élémentaire, mais à un nombre minimum de corpuscules supérieur à un.

L'état de prémunition antisyphilitique est-il dû à la présence d'anticorps virulicides dans les humeurs des animaux prémunis? — M. C. Levaditi, en se servant de la méthode des cultures cellulaires *in vitro*, est conduit à affirmer l'absence d'anticorps spécifiques spirochéticides dans le plasma de lapins anciennement syphilisés et devenus réfractaires : l'immunité acquise antisyphilitique paraît d'essence tissulaire.

Phases involutives du treponema pallidum et granules spirochétiens argentophiles chez les souris atteintes de syphilis expérimentale. — M. C. Levaditi a décelé des formes spirochétiennes anormales et des granules argentophiles chez les souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente, contaminées de longue date par les voies intra-cérébrale et sous-cutanée.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 18 mars 1941

Un cas de hanche à ressort chez un enfant de 7 ans. — M. Lance (Présentation de malade).

Résultats éloignés du traitement de gros abcès tuberculeux des parties molles par l'incision, les rayons ultraviolets et la fermeture immédiate. — M. Leveuf présente deux enfants traités suivant cette technique avec un résultat excellent et chez qui la guérison se maintient depuis 4 et 6 ans. Il insiste, d'autre part, sur la rareté de tels abcès.

Syndrome acrodynique atypique. — MM. Heuyer, Hurez et Combes-Hamelle présentent une enfant de 2 ans 1/2 entrée dans leur service pour des phénomènes douloureux prédominant aux extrémités, accompagnés d'œdèmes atypiques, d'arthralgies, de tuméfaction des gencives et d'ecchymoses péri-orbitaires et digitales suivies d'ulcérations en cocarde. Il ne s'agissait ni de maladie de Barlow, ni de néphrite, ni d'avitaminose comme ont pu le prouver certains examens complémentaires. La constatation d'une tachycardie importante et d'une hypertension artérielle à 13-7 orienta le diagnostic vers celui d'acrodynie atypique. Cet état se compliqua les jours suivants d'une réaction méningée avec cependant L. C. R. normal. Un traitement par l'acécoline combinée au 1162 F amena une amélioration progressive.

Phénomène d'Arthus au cours de la sérothérapie antidiphtérique lors d'une réinjection chez un convalescent de rougeole. — MM. Julien Huber, J. Florand et Mme Debain présentent un enfant chez qui furent pratiquées deux injections de sérum, l'une le 5 février et l'autre quatorze jours plus tard avec les précautions habituelles. Il apparut presqu'aussitôt un placard œdémateux suivi d'escharre. Les auteurs insistent sur le fait que ces cas semblent particulièrement fréquents pendant la convalescence de la rougeole.

Varicelle pemphigoïde. — MM. Julien Huber, J. Florand et Mme Debain présentent un enfant chez qui, après une méningite cérébro-spinale traitée par sulfamidothérapie, a évolué une varicelle confluente avec éléments pemphigoïdes. L'évolution a néanmoins été favorable.

Rétrécissement congénital de l'isthme aortique. Néphrite et néphrose post-pneumonique. — MM. J. Cathala et P. Boulenger rapportent une observation de rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte chez un enfant de 13 ans qui présentait en outre une néphrite-néphrose apparue au décours d'une pneumonie. Il ne semble pas y avoir de relations entre le rétrécissement et la néphrite.

Sur l'infection persistante de la caisse du tympan chez les opérés d'antrite, cause de dénutrition et d'athrepsie vraie. — MM. J. Cathala et Boulenger ont constaté récemment chez deux nourrissons que, malgré une antrotomie précoce, une suppuration importante de la caisse du tympan pouvait persister et rester méconnue. Ils remarquent que cette constatation a un double intérêt : au point de vue pratique, un drainage correct de l'antre n'assure pas forcément le parfait drainage de l'oreille moyenne ; au point de vue théorique, ceci confirme d'autre part que l'athrepsie n'est pas une curieuse et inexplicable maladie dégénérative mais la conséquence d'un foyer septique qui reste méconnu.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

Séance du 18 mars 1941

Présentations de malades. — Le prof. Gougerot montre deux cas de lèpre chez deux sœurs, l'une présentant une forme nerveuse et l'autre une forme cutanée.

Le Prof. Gougerot présente des observations et des photographies de malades atteints de syphilis gangréneuse et mutilante de la joue et du crâne.

Le Dr Sézary commente un très beau moulage reproduisant un chancre de la commissure buccale.

Le Dr Raynal présente un nourrisson de 4 mois et demi ayant une dentition précoce.

Drs Richard, Henault et Hennion. — Ostéomyélite mandibulaire secondaire à une ostéomyélite du tibia.

Drs Hennion et Dubař. — Malades tabétiques présentant des manifestations buccales (fracture pathologique) parsyphilome mandibulaire.

Dr Hennion. — Lupus de la face, de la bouche et du pharynx (avec atteinte de la langue).

Dr Lebourg. — Ostéomyélite mandibulaire nécrosante traitée avec succès par l'ionisation calcique.

Drs Lacronique et Mme Chaput. — Trois cas de canine incluse, deux cas d'ostéoradionécrose tardive.

Dr Boutroux. — Variations sur la ligature d'Ivy.

Dr Hamon (d'Orléans). — Casque en rodoïd pour le traitement des fractures des maxillaires.

Dr Hamiot. — Anesthésie générale au cyclopropane.

Le Dr Touraine fait une communication au sujet de « l'aphtose » syndrome réunissant les aphtes buccaux, les aphtes génitaux et cutanés et diverses manifestations qui les accompagnent.

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

Séance du 23 mars 1941

Médicaments manquants. — M. Dally rend compte de ses démarches à ce sujet et notamment de ses entretiens à l'Académie de Médecine avec M. Georges Duhamel.

Carnet-dossier de santé. — Le Comité, après avoir entendu MM. Dally, Fontaine, Herpin, Dournel, Hilaire et Boyé,

Emet le vœu :

1° Que le modèle officiel du carnet-dossier de santé soit remanié, au moins en vue d'une répartition plus logique de ses pages et quant à ses dimensions en hauteur ;

2° Qu'il soit obligatoirement distribué à la naissance de chaque enfant aux chefs de famille ;

3° Qu'il soit la propriété du chef de famille, qui en aura la garde, et remis aux intéressés quand ils atteindront l'âge de 18 ans ;

4° Que le dossier familial de santé, qui reste facultatif, soit la synthèse faite par le médecin de famille des renseignements relevés sur les carnets-dossiers de santé et concernant les membres d'une même famille, en vue de sa communication à un médecin consultant ou spécialiste, avec l'assentiment du chef de famille, ou à un autre médecin traitant ;

6° Que ce dossier familial de santé soit tenu et conservé par le médecin de famille, et que ce travail donne lieu à son profit à une rémunération adéquate.

Sur la proposition de M. Dally, le Comité ajoute à son vœu les paragraphes suivants :

1° Qu'un registre établi par le Ministère de la Santé Publique soit remis chaque année à tous les médecins, qui seront tenus, sous la surveillance du Conseil de l'Ordre, d'en remplir les indications sous une forme purement numérique et anonyme, ainsi que de répondre s'il échet, aux enquêtes, également d'ailleurs de nature uniquement statistique, décidées par le Ministre de la Santé Publique, après avis d'un Comité de statistique sanitaire où seront représentés les divers organismes ou sociétés savantes consacrés à l'étude et à la défense de la santé publique ;

2° Qu'un honoraire spécial et correspondant à ce surcroît de travail soit attribué aux médecins pour cette collaboration à la statistique sanitaire du pays ;

3° Que les résultats de cette enquête permanente sur l'état de la santé nationale et les études spéciales auxquelles elle pourra donner lieu, soient publiés régulièrement par les soins du département sanitaire de la statistique générale de la France.

Prisonniers. — Sur la proposition de M. Herpin, le Comité émet le vœu que des allocations spéciales alimentaires, représentées par des tickets particuliers, soient distribués aux familles pour leurs prisonniers.

Séance du 25 mars 1941

M. Dournel, rapporteur général de la Commission désignée pour étudier la réforme des **assurances sociales**, énumère les principes sur lesquels cette commission a poursuivi ses travaux.

1° L'assurance sociale maladie-maternité est justifiée, pour les malades économiquement faibles et les familles. Mais les caisses d'assurances doivent être avant tout des organismes consacrés au financement des soins et les bénéficiaires des assurances sociales doivent être considérés uniquement comme des malades et non pas comme des malades indigents, mais comme des malades payants. Il en est de même pour le cas de maternité.

2° Les grands principes de la charte médicale, libre choix, entente directe, liberté de prescription, secret médical doivent être respectés.

3° Le contrôle des actes du médecin et de ses auxiliaires dépend désormais exclusivement de l'Ordre professionnel intéressé.

4° Toutes les professions qui contribuent à assurer les prestations en cas de maladie ou de maternité doivent rester plus ou moins directement sous le patronage du médecin.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Hilaire, Renaudeaux, G. Boyé et Herpin, M. Hilaire propose et fait adopter les conclusions suivantes :

1° Dans chaque département, le Conseil de l'Ordre des Médecins fixe le tarif minimum d'honoraires et le communique aux caisses ; ce tarif doit correspondre aux honoraires habituellement pratiqués par les médecins pour les malades économiquement faibles dans leur région.

2° Le médecin reste libre de fixer ses honoraires en accord avec ceux auxquels il donne ses soins.

3° Il est désirable que les taux de responsabilité des Caisses soient fixés à un niveau assez élevé pour que la part à la charge des assurés n'excède que modérément le minimum de 20 % établi par la loi.

4° Il y a lieu de reviser la nomenclature des actes de chirurgie et de spécialités.

Clinique chirurgicale des pays chauds, par le médecin général Botreau-Roussel, avec la collaboration de MM. Assali, Dejou, Huard, Mantagné, Palès et Roques, chirurgien des hôpitaux coloniaux, professeurs agrégés du Pharo, préface du professeur Ch. Lenormand. — Un volume de 336 pages avec figures. Prix : 80 francs, chez Masson et Cie, à Paris, 1939.

Le traitement non sanglant des fractures du rachis, fractures récentes, fractures anciennes, technique et résultats, par Pierre Mallet-Guy, préface du professeur R. Leriche. — Un volume de 118 pages avec 54 figures. Prix : 40 francs. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938.

LIVRES NOUVEAUX

D'Arsonval. Une vie, une époque (1851-1940), par Louis Chauvois. Un vol. in-16. Prix : 15 francs. Plon, éditeur, Paris.

Notre excellent confrère L. Chauvois, à qui nous devons déjà un magnifique ouvrage sur *D'Arsonval et soixante-cinq ans à travers la science* (1937), continue à se faire le bon historiographe de son maître.

Sur la demande que lui adressait d'Arsonval, lui-même, un mois avant sa mort, Chauvois nous apporte, aujourd'hui, « une édition populaire » — ce sont les termes employés par d'Arsonval — destinée aux jeunes.

Nous retrouvons dans ce livre la clarté que Chauvois apporte dans tous ses ouvrages, la forme directe qui lui est chère, la simplicité avec laquelle il expose toutes choses, son art enfin, de faire revivre le Maître. Le voici, « avec sa figure grave, son front haut et large, ses cheveux rejetés en arrière qui font ce front plus majestueux encore ; des yeux noirs, profonds et pourtant doux et caressants, un peu voilés de mélancolie... »

En lisant ce livre, nous revivons la jeunesse de d'Arsonval, nous assistons à ses premiers travaux auprès de Claude Bernard, puis de Brown-Séquard.

C'est ensuite la magnifique floraison de l'œuvre du Maître qui s'étend de la médecine à la physiologie, de l'électricité médicale à l'électricité industrielle et que couronne enfin la découverte de la *d'Arsonvalisation.*

Et nous voyons d'Arsonval ne s'éloigner du Collège de France que pour aller dans son cher Limousin. Ce grand savant, en effet, était resté un grand terrien ; c'est dans sa terre, dans sa maison natale qu'il est revenu se reposer pour toujours.

Le livre de Chauvois devrait être lu par tous les jeunes gens ; ils y trouveraient l'appel au travail et à la persévérance, si nécessaires pour refaire la France. L'exemple du Maître serait pour eux le meilleur des réconforts au moment où s'ouvre devant eux un avenir encore incertain.

F. L. S.

Précis de Tuberculose, par Jacques Stephani, *Privat docent* de médecine interne à la Faculté de Médecine de Genève. (Paris, Amédée Legrand et Jean Bertrand, éditeurs, 1941.)

Intéressant même pour des spécialistes expérimentés, mais s'adressant surtout aux praticiens et même aux étudiants, ce précis a pour but de parer à une lacune des traités habituels, trop spéciaux ou trop généraux, selon les cas, mais qui, bien souvent, laissent au praticien l'impression de se trouver insuffisamment guidé. Or, le rôle du praticien est de première importance au moment du premier diagnostic et même, s'il doit ensuite s'effacer devant le phtisiologue.

On trouvera donc, dans cette importante étude, après des indications générales, d'ordre biologique et étiologique qui renferment tout l'indispensable diligemment choisi et condensé, une très importante partie clinique, conçue dans un esprit essentiellement pratique qui porte l'empreinte d'une riche expérience personnelle alliée au meilleur bon sens médical.

Les diverses formes anatomiques et cliniques de la maladie à son début, les formes que prend la tuberculose chez l'enfant, les divers types cliniques de la période d'état, la période des cavernes, les diverses évolutions, les divers types de guérisons y sont successivement étudiés. Une part très importante est faite à l'exploration radiologique et à la critique des images obtenues et qui malgré les progrès incessants, laissent encore trop souvent place à l'incertitude. Après une brève, mais très substantielle étude du diagnostic différentiel, on trouvera dans ce précis un solide exposé thérapeutique : indications et résultats des méthodes médicales sans en excepter les plus récentes, du pneumothorax artificiel et des méthodes chirurgicales de collapsothérapie.

L'étude de la tuberculose ne se borne pas aux seules manifestations respiratoires. La maladie est vue dans ses diverses localisations même extrapulmonaires et celles-ci ne sont pas d'un moindre intérêt dans la pratique. Le médecine trouvera ici de quoi se documenter par une série d'études allant du court paragraphe réservé aux cas d'exception jusqu'au chapitre de notable étendue pour les cas du plus grand intérêt pratique, le tout conçu dans le même esprit concret qu'il faut louer l'auteur d'avoir pris pour conducteur.

R. L.

Scoutisme et Enfants difficiles, par le Dr Simone Marcus, ancienne externe des Hôpitaux de Paris, lauréate de la Faculté de Médecine de Paris, directrice du Centre Scout de Psychologie. — Un volume in-8, avec un tableau, de 104 pages. 15 francs. Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

INFORMATIONS

(suite de la page 346)

Union Médicale Française. — Le Comité Central de l'Union Médicale Française réuni en séance ordinaire le 4 avril 1941, attire la bienveillante attention de M. le Directeur Général de l'Assistance Publique sur le fait que de nombreuses places d'externes des hôpitaux de Paris, sont actuellement occupées par des étudiants étrangers, alors que des étudiants français devraient normalement occuper ces places jusqu'au prochain concours d'externat.

Il serait souhaitable que les remplacements d'externes soient réservés par priorité aux étudiants français et, en particulier, à ceux qui viennent d'être récemment démobilisés ou libérés. (Docteur J.-L. Millot, U. M. F., 68, rue de Vaugirard, Paris-6e.)

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — École de malariologie. — Un enseignement spécial de la malariologie sera donné à la Faculté de Médecine de Paris, du *samedi 14 juin au samedi 12 juillet 1941*, en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris.

Programme. — Les cours auront lieu au laboratoire de parasitologie de la Faculté de Médecine (15, rue de l'École-de-Médecine, escalier A, 3e étage), sous la direction de M. le Prof. E. Brumpt. Les leçons théoriques seront données l'après-midi de 14 à 15 heures ; elles seront immédiatement suivies d'une séance pratique, d'une durée maxima de trois heures, dirigée par le Dr L.-C. Brumpt, chef de clinique, assisté de M. Dao Van Ty.

Le diplôme peut être délivré : 1° aux docteurs en médecine français ; 2° aux étrangers pourvus du diplôme de doctorat de l'Université de Paris (mention médecine) ; 3° aux étrangers pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de Médecine de Paris. Les étudiants en médecine pourvus de 20 inscriptions ou les internes en médecine reçus au concours pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

Droits à verser : droit d'immatriculation, 150 francs ; droit de bibliothèque, 60 francs ; droits de laboratoire, 1.500 francs. Total : 1.710 francs.

Le cours n'aura lieu que s'il y a un nombre minimum de quinze élèves.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

Institut de Thérapeutique. — La conférence de M. Justin-Besançon, le 7 mai, aura pour titre : *Le vitaminose nicotique et vitamine P. P.* Elle aura lieu à 20 h. 30, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Pathologie médicale. — M. le Prof. Pasteur Vallery-Radot commencera son cours le mardi 6 mai 1941, à 18 heures; au petit amphithéâtre de la Faculté, et le contiuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Sujet du cours : *Maladies infectieuses.*

M. le Dr Mollaret, agrégé, commencera son cours le lundi 5 mai 1941, à 17 heures, au petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Sujet du cours : *Pathologie nerveuse et circulatoire* (fin).

Chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie. — M. le Prof. M. Chiray, assisté de M. L. Justin-Besançon, agrégé, commencera ses cours et démonstrations cliniques du semestre d'été, le mardi 20 mai, à 11 heures du matin, dans son service de l'hôpital Bichat et les continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Sujet du cours et des démonstrations : *Maladies de l'appareil digestif, du foie et de la nutrition : leur traitement hydroclimatique.*

Amphithéâtre d'anatomie. — M. le Dr Jean Braine, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques.

Leçons de technique opératoire (avec démonstrations sur le sujet). — Une série de dix leçons aura lieu du lundi 5 mai au jeudi 15 mai 1941, de 16 heures à 17 heures.

Programme. — Lundi 5 mai. — Dr J.-L. Roux-Berger : Exérèse des ganglions du cou dans les cancers.

Mardi 6 mai. — Prof. Georges Marion : La néphrectomie dans les pyonéphroses.

Mercredi 7 mai. — Dr P.-A. Huet : Enchevillement central des fractures et pseudarthroses des membres.

Jeudi 8 mai. — Dr P. Wilmoth : Amputation périnéale du rectum.

Vendredi 9 mai. — Prof. Ch. Lenormant : Traitement des plaies articulaires.

Samedi 10 mai. — Dr F.-M. Cadenat : Stellectomie et ablation du ganglion cervical supérieur du sympathique.

Lundi 12 mai. — Dr P. Brocq : Traitement chirurgical des pancréatites et voies d'accès du pancréas.

Mardi 13 mai. — Dr D. Petit-Dutaillis : Technique et indications de la laminectomie.

Mercredi 14 mai. — Dr R. Guellette : Technique des cholecystectomies.

Jeudi 15 mai. — Dr J. Senèque : Les gastrectomies pour cancer.

Ces leçons sont gratuites. Elles sont plus spécialement destinées aux internes des hôpitaux. Le nombre des auditeurs étant limité, prière de s'inscrire, avant le 30 avril, 17, rue du Fer-à-Moulin (5e).

Clinique de la Tuberculose (Prof. Jean Troisier). — Nous rappelons que le cours théorique et pratique sur *Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose*, commencera à l'hôpital Laënnec (clinique de la Tuberculose), 42, rue de Sèvres, le lundi 5 mai, à 14 heures 30.

S'inscrire auprès du Dr Brocard, à la Clinique de la Tuberculose, les mardi, vendredi et samedi, de 10 heures à midi ou au secrétariat de la Faculté de Médecine, guichet n° 4, les lundi, mardi et vendredi, de 14 à 16 heures.

Réglementation de l'échantillonnage pharmaceutique. — Le Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques a pris la décision suivante applicable à tous les fabricants de produits pharmaceutiques :

A) Tout échantillonnage d'office, qu'il soit général, local ou sélectionné et qu'il s'adresse au Corps médical (médecins, pharciens, dentistes, sages-femmes, etc.) ou au public, est provisoirement interdit.

B) L'échantillonnage sur demande du médecin, du pharmacien ou du public devra être réduit ou surveillé.

L'envoi de cartes, timbrées ou non, encarts, lettres offrant des échantillons, ainsi que l'insertion, dans la presse, d'annonces ayant le même objet est interdit, sauf les deux cas suivants :

1° Spécialités qui pourraient être mises en vente après l'entrée en application du présent règlement.

Dans ce cas, l'offre d'échantillonnage est tolérée pendant les deux premières années de la mise en vente. Il doit cesser dès l'expiration de ce délai.

2° Spécialités qui ont été mises en vente entre le 1er janvier 1939 et la date d'entrée en vigueur du présent règlement.

Dans ce cas, l'offre d'échantillonnage au médecin ou au public devra cesser à la fin de la deuxième année de mise en vente, mois pour mois.

La date de mise en vente devra être déclarée et justifiée par le laboratoire intéressé.

C) La remise d'échantillons par démarchage auprès des pharmaciens ou par la méthode dite « du porte à porte » est également interdite.

Les laboratoires de spécialités médicales devront s'engager à donner des instructions formelles et précises à leurs visiteurs médicaux ou à leurs agents et à contrôler leur action pour qu'ils n'offrent pas d'échantillons ou de produits vente aux médecins qu'ils prospectent, sauf sur demande expresse de ceux-ci.

D) L'identité du médecin, la fréquence de ses demandes devront être soigneusement vérifiées.

Il ne devra pas être adressé, pour la même demande acceptée, plus de deux échantillons de chaque produit.

E) L'échantillonnage aux hôpitaux, hospices et dispensaires ne pourra être assuré, d'une façon régulière, que sur demande expresse, signée par le médecin chef de service.

F) L'échantillonnage aux établissements autres qu'hospitaliers et aux groupements de toute nature devra être fait avec le maximum de prudence. La signature du médecin chef devra toujours être exigée.

G) L'échantillonnage éventuel des camps de prisonniers ou des organisations de secours médical sera centralisé par le Comité d'organisation.

Il sera effectué, autant que possible, en produits vrac, afin d'économiser poids et conditionnement et de perdre son caractère publicitaire.

H) Tous les laboratoires devront pouvoir justifier leurs envois d'échantillons au Comité d'organisation ou à ses délégués accrédités à l'effet de procéder aux vérifications.

Paris, le 10 avril 1941.

M. Leprince.

Renseignements

Licenciée en droit, dactylographe, diplôme infirmière, cherche place *secrétaire* auprès de médecin. Ecrire Mlle H. L., aux bureaux du journal.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 37-38. — 7-10 MAI 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — HÔPITAL TEMPORAIRE DE LA CITÉ UNIVERSITAIRE. — Le service central de radiologie est assuré par M. le Dr Delapchier, radiologiste des hôpitaux, chef de service. M. le Dr Rémy-Néris est chargé de la consultation d'oto-rhino-laryngologie.

Facultés de Médecine. — BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour les bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de Médecine et des Facultés mixtes de Médecine et Pharmacie le jeudi 24 juillet 1941.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de 18 ans au moins et de 28 ans au plus. Cette dernière limite est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront été incorporés sous les drapeaux. Les registres d'inscriptions seront clos le 18 juillet 1941, à 16 heures.

Faculté de Médecine de Paris. — LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Pour permettre aux étudiants de revoir les coupes de travaux pratiques, des séances de révision seront organisées au laboratoire avant le début des examens. Le droit d'inscription est de cinquante francs. En outre, une somme égale devra être déposée au début de la première séance en garantie d'une boîte de coupes (comme cela se pratique pour les travaux pratiques réguliers). Les demandes d'inscription sont reçues au laboratoire (bureau du chef des travaux) tous les jours, de 10 h. à 12 heures et de 14 heures à 18 heures. Le nombre des places est limité. Aucune inscription ne sera reçue après le 15 mai 1941. Les listes de mise en série et les horaires seront affichés au laboratoire le 1er juin 1941.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Salmon, médecin inspecteur adjoint de la santé de la Sarthe, est nommé médecin inspecteur de la santé de Maine-et-Loire.

Le *Journal Officiel* du 29 avril 1941 publie la loi du 12 avril 1941, relative aux attributions du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé et à l'organisation des services placés sous son autorité.

La Croix de Guerre. — INSTRUCTION FIXANT, EN CE QUI CONCERNE L'ARMÉE DE TERRE, LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE LA NOUVELLE CROIX DE GUERRE INSTITUÉE PAR LE DÉCRET DE 28 MARS 1941. — Les conditions d'attribution de la nouvelle Croix de guerre, instituée par le décret du 28 mars 1941, sont celles définies par le décret du 4 octobre 1939 et par l'instruction du 18 octobre 1939 (*B. O.*, p. p., pp. 5194 à 5198) relatifs à l'attribution de la Croix de guerre.

En ce qui concerne les récompenses accordées par les autorités de l'armée de terre, seules donneront droit au port de la nouvelle Croix de guerre :

Les croix de la Légion d'honneur et les médailles militaires accordées pour faits de guerre et comportant l'attribution de la Croix de guerre avec palme, figurant aux ordres de la série « D » du secrétariat d'Etat à la guerre ;

Les citations accordées par le ministre secrétaire d'Etat à la guerre postérieurement au 1er avril 1941 (ordres de la série « C » à partir du n° 539), ainsi que les citations accordées aux grands blessés par les commandants de groupe de division et par les commandants de division en application des dispositions de la D. M. 9480 1/P CH, du 26 octobre 1940 ;

Pour toutes les autres citations, celles qui seront homologuées par le ministre secrétaire d'Etat à la guerre, sur proposition de la commission de revision des citations.

Les bénéficiaires des deux premières catégories ont reçu ou recevront individuellement notification de leur citation ou décoration.

Pour ceux de la troisième catégorie, le *Journal Officiel* (pagination spéciale) publiera, à partir du 1er juin 1941, les listes successives des citations homologuées avec indication du droit au port, sur la nouvelle Croix de guerre, des palmes ou étoiles correspondantes.

Celles des citations antérieurement accordées, qui ne donneront pas droit au port de la Croix de guerre prévue par le décret du 28 mars 1941, resteront acquises à leurs bénéficiaires ; elles demeureront inscrites sur leurs pièces matriculaires dans les mêmes conditions que les citations visées au premier alinéa du paragraphe « Citations, lettres d'éloges » de l'instruction du 15 mars 1934, modifiée le 5 décembre 1939 (*B. O.*, p. p., p. 5684).

Le libellé sera accompagné de la mention : « Ne comporte pas l'attribution de la Croix de guerre ».

A partir du 1er juin 1941, les titulaires de l'ancienne Croix de guerre 1939 qui continueraient à porter l'insigne ou le ruban de boutonnière de cette décoration supprimée seront susceptibles de poursuites pour port illégal de décoration.

(*J. O.*, 30 avril 1941.)

[Voir pour la Croix de guerre : décret du 28 mars ; croix du combattant : décret du 28 mars ; insigne des blessés : arrêté du 27 mars. (In *Gaz. Hôp.*, 1941, 23-26 avril, n° 33-34, pp. 321-322.)]

Croix de Guerre de la Marine. — Le ministre de la Marine a décidé que toutes les citations attribuées *par des autorités maritimes* depuis le 4 octobre 1939, ayant déjà été contrôlées sont maintenues ; elles comportent, en conséquence, sans autre révision, attribution de la nouvelle Croix de guerre.

(*J. O.*, 20 avril 1941.)

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Onésime Collin est nommé conseiller municipal de Caen.

(*J. O.*, 26 avril 1941.)

M. le Dr Therre est nommé adjoint au maire de Villeurbanne (Rhône).

M. le Dr Rougelot est nommé adjoint au maire de Draguignan.

M. le Dr Tatu est nommé adjoint au maire d'Hyères.

(*J. O.*, 27 avril 1941.)

M. le Dr Dubreuil, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux est nommé adjoint au maire de Talence (Gironde).

M. le Dr Christian Perdu est nommé adjoint au maire d'Amiens.

M. le Dr Jules Blanc est nommé adjoint au maire de Toulon.

M. le Dr Léon Barbier est nommé conseiller municipal de Dijon.

M. le Dr Esquier est nommé conseiller municipal de Toulon.

(*J. O.*, 29 avril 1941.)

M. le Dr Charles Crozat est nommé adjoint au maire de Givors (Rhône).

M. le Dr Louis Bertholey est nommé adjoint au maire d'Oullins (Rhône) ;

M. le Dr H. Chalendar est nommé adjoint au maire de Venissieux (Rhône).

M. le Dr Claude Meyer est nommé adjoint au maire de Villefranche (Rhône).

MM. les Drs Bellet, Reau, Mlle le Dr Raymonde Chapelo sont nommés conseillers municipaux de Clermont-Ferrand.

(*J. O.*, 30 avril 1941.)

— Les postes de directeurs des circonscriptions sanitaires maritimes d'Alger et de Constantine (résidence à Bône) sont déclarés vacants. Les candidats ont un mois, à compter du 1er mai 1941, pour adresser au Gouvernement général (direction de l'Administration générale, Santé publique et Famille), leur demande accompagnée d'un extrait de leur casier judiciaire.

(Voir *J. O.*, 26 avril 1941, p. 1788.)

Fédération des Associations amicales des Médecins du Front, 2, rue Dupuytren, Paris (6e). — Des livres pour les médecins des camps de prisonniers. — La Fédération nous prie de rappeler aux confrères qu'elle se charge d'expédier dans les camps français, en Allemagne, à l'usage des médecins et étudiants qui s'y trouvent les livres ou périodiques médicaux qu'on voudra bien lui adresser.

Les dons en espèces seront aussi, naturellement, les bienvenus : ils permettront l'achat de livres (surtout livres d'études) plus particulièrement demandés par les prisonniers.

Les envois peuvent être effectués directement, 29, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e), à l'Œuvre d'Assistance aux Prisonniers de Guerre, section bibliothèque (s'adresser à la Générale Lasserre) ou au Centre d'Entr'aide aux Etudiants Prisonniers, 5, place Saint-Michel (s'adresser à Mme Pociello), ou encore, chez le président ou le secrétaire de la fédération.

Et la relève ? — La Fédération, dont nos lecteurs connaissent l'activité, se fait l'écho des médecins de réserve, en service depuis près d'un an dans les camps d'Allemagne et qui peuvent se croire oubliés. Nous savons avec quel dévouement la Fédération s'occupe de nos confrères, nous savons aussi que la direction du Service de Santé fait tous ses efforts pour réaliser rapidement la relève. Il s'agit là d'un acte de justice. Nous espérons qu'il ne se fera pas trop attendre.

Voir la suite des Informations, page 382.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.



REVUE GENERALE

L'ILÉITE TERMINALE

Par M. P. Rousset
Interne des hôpitaux de Paris

Un processus inflammatoire hypertrophique, évoluant sous un mode aigu, subaigu ou chronique, localisé sur la dernière anse grêle, telle peut être la définition de l'Iléite terminale.

A. — HISTORIQUE

Crohn (Ginzburg et Oppenheimer) présentant, en 1932, cinquante-deux cas de tumeurs inflammatoires et sténosantes de l'intestin, identifia l'iléite terminale. L'auteur américain précisait les caractères cliniques, anatomiques et histologiques de l'affection qui lui donnaient son autonomie dans le cadre hétérogène des tumeurs inflammatoires du grêle. Il en faisait alors une affection d'allure *chronique localisée au grêle distal*. Ce fut une première étape.

Secondairement Crohn lui-même reconnut l'existence de formes d'allure non seulement chronique mais aiguë et subaiguë. Il reconnut aussi que cette iléite dite terminale pouvait évoluer en d'autres segments de l'iléon et l'on sait maintenant que des lésions absolument identiques peuvent être observées sur le jéjunum, le duodénum. Les termes d'iléite terminale, d'iléite régionale, d'entérite régionale hypertrophique, d'entérocolite segmentaire hypertrophique montrent suffisamment comment peu à peu s'est étendu le cadre de cette affection que l'on croyait au départ une maladie de la dernière anse grêle. Dans cette revue nous n'envisagerons que l'étude de l'iléite terminale proprement dite, non seulement parce que ce fut la première décrite mais encore parce qu'elle est, à l'heure actuelle, la mieux individualisée.

Il faut avouer qu'en France on ne s'attacha à l'étude de l'iléite terminale qu'au cours de ces dernières années. On connaissait l'*Entérite phlegmoneuse* des auteurs allemands (Deutelmoser 1905). Albarran, puis Lecène en 1911, avaient publié des observations d'inflammation du grêle, que, rétrospectivement, on peut juger comme d'authentiques iléites terminales, mais ils n'avaient nullement individualisé l'affection. En 1935 Postel, dans sa thèse sur les phlegmons de la paroi intestinale, ne fait pas encore mention des travaux américains.

B. — ETIOLOGIE

L'iléite terminale s'observe presque uniquement chez des sujets jeunes. Elle semble particulièrement fréquente chez les Israélites.

Mais surtout c'est une affection *primitive et autonome*. Elle a sa place en pathologie. Elle s'individualise nettement des iléites secondaires que l'on observe au cours de la typhoïde et des paratyphoïdes. Elle doit être distinguée des iléites réactionnelles dues au voisinage d'un foyer inflammatoire, appendicite, salpingite.

Cette affection autonome n'est pas due à un *germe* spécifique. On avait invoqué la tuberculose, la syphilis, la lymphogranulomatose à l'origine des formes chroniques. On avait pensé que le bacille d'Eberth pouvait être la cause des formes aiguës. Mais on sait maintenant que les germes en cause sont les saprophytes banaux, colibacille, streptocoque, staphylocoque, pneumocoque. La porte d'entrée serait la muqueuse iléale.

Sans entrer dans les discussions pathogéniques disons que la localisation sur le grêle terminal peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un segment intestinal mal vascularisé, riche en tissu lymphoïde, lieu de stase et de septicité relatives.

C. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Cette étude est capitale car c'est sur elle qu'est basée l'autonomie de l'affection. Avec Meyer et Rossi nous distinguerons trois tableaux qui ne sont peut-être que des stades successifs dans l'évolution du processus. Ces trois aspects correspondent grossièrement aux diverses formes clinique de l'iléite terminale — forme aiguë,
— forme chronique récente,
— forme chronique ancienne.

L'iléite aiguë

Crohn n'a cité que peu d'observations et, en 1933, Bockey rapporta et décrivit un des premiers cas opérés d'urgence. Depuis, bien des publications ont suivi.

Chez un sujet opéré d'urgence pour appendicite aiguë on trouve, à l'intervention, un peu de sérosité louche dans la grande cavité. L'appendice légèrement turgescent ne semble pas rendre compte de la sévérité du tableau clinique. C'est alors que l'exploration opératoire conduit sur une anse iléale hypertrophiée.

I. — Aspect macroscopique.

L'anse énorme se présente comme doublée ou triplée de volume. Elle se montre d'une consistance ferme cartonneuse. Elle est de couleur rouge vif, parfois recouverte de fausses membranes. Et ceci sur une longueur de 15, 20 centimètres mais parfois beaucoup plus.

En aval l'œdème inflammatoire s'arrête sur le cœcum. Parfois, le cœcum, l'appendice présentent une hypervascularisation sous séreuse, marquant une réaction à la lésion inflammatoire si voisine.

En amont, la limite des lésions est en général plus nette, l'anse reprend son aspect normal bien que souvent distendue en raison de la sténose qu'entraîne l'iléite.

Le mésentère participe à l'infiltration phlegmoneuse à l'épaississement de l'anse atteinte. Il s'infiltre d'un œdème important qui peut masquer l'adénopathie pourtant constante qu'il porte. C'est l'aspect le plus typique.

Il est plus rare, dans ces formes aiguës de trouver des abcès à point de départ iléal infiltrant le mésentère.

Il est possible par contre que le processus reste localisé à l'iléon et que le mésentère apparaisse peu touché. Cet envahissement mésentérique présente un intérêt pronostic et thérapeutique. L'infiltration phlegmoneuse du mésentère est considéré, par les auteurs américains, comme nécessitant une intervention radicale (anastomose de dérivation ou résection).

Disons enfin que, dans les formes aiguës, la perforation primitive est exceptionnelle.

II. — C'est surtout à la coupe des pièces reséquées que l'on comprend l'importance des lésions. Cette énorme hypertrophie de l'anse est essentiellement due à l'épaississement de la paroi alors que la lumière de l'iléon est à ce niveau très réduite. Cet épaississement porte *sur la sous muqueuse* et peut atteindre jusqu'à 2 cm. au voisinage de la valvule iléo-cœcale. Il est constitué par une infiltration œdémateuse donnant un aspect translucide à la tranche de section qui laisse suinter une sérosité louche.

La muqueuse apparait peu atteinte, elle est pâle et recouverte d'un exsudat séro-hémorragique.

La musculeuse rosâtre est épaissie jusqu'à la séreuse.

III. — Evolution.

Il est difficile de préciser l'évolution de ces lésions importantes. Si l'on s'en rapporte aux cas opérés mais non reséqués, il ne semble pas que ces formes évoluent généralement et *d'emblée* vers le stade chronique sclérosant. Meyer et Rossi ont pu suivre, pendant un an, trois cas d'léite terminale aiguë. La poussée aiguë terminée, il n'y eut plus aucune manifestation clinique ou radiologique de sténose.

IV. — Histologie.

L'examen histologique montre que la paroi est le siège d'une réaction inflammatoire banale avec infiltration de polynucléaires et aussi d'éosinophiles (Ostrowski). Cette réaction inflammatoire *porte surtout sur la sous-muqueuse* et diminue d'intensité et de gravité à mesure que l'on approche de la séreuse. Les frottis n'ont montré que des germes banaux. L'examen des ganglions révèle la même réaction inflammatoire banale.

Formes chroniques

I. — L'examen macroscopique montre encore une anse volumineuse mais d'aspect variable suivant qu'il s'agit de cas d'évolution récente ou déjà anciens.

A) Dans les cas récents — répondant au stade clinique de l'entérite ulcéreuse — l'anse est turgescente, épaissie. Le méso est infiltré d'œdème et de ganglions. A la coupe la lumière apparaît très rétrécie.

Mais ce qui est caractéristique c'est *la présence de lésions de la muqueuse.* Celle-ci est gravement lésée. Tout le long du bord mésentérique s'échelonnent en file des ulcérations formant comme un sillon.

Ces ulcérations sont petites, ayant au plus 1 cm. de diamètre, leur fond est terne, grisâtre.

D'après Crohn, ces ulcérations sont d'âge différent ; les plus anciennes siègent au voisinage de la valvule iléo-cœcale.

Il n'est pas rare d'en retrouver sur le cœcum, le colon ascendant c'est l'iléo-colite ulcéreuse de Crohn et Rosenak.

Dans ces formes chroniques à lésions diffuses, l'étendue des adénopathies dans les mésos devra guider dans l'importance de la résection à faire (Crohn).

C'est dans ces formes, plus que dans l'iléite aiguë, que l'on trouve dans le mésentère de petits abcès ayant pour point de départ les ulcérations muqueuses. Mais ces abcès sont surtout et essentiellement l'apanage des formes chroniques anciennes.

B) Dans les cas anciens l'aspect est celui du granulome inflammatoire bénin.

L'anse se présente dure, rouge, augmentée de volume, rigide. Mais ici, des adhérences de péritonite localisée trament souvent leur réseau sur une anse voisine, sur le cœcum, sur le mésentère, formant un bloc scléro-inflammatoire de toute la région.

Le mésentère épaissi est le siège de petits abcès. Ceux-ci se trouvent généralement constitué par la confluence de trajets fistuleux multiples venant du bord mésentérique de l'anse. Ces abcès peuvent se perforer dans une anse voisine exceptionnellement dans la grande cavité en raison des adhérences. Ils peuvent confluer au point de simuler un abcès appendiculaire.

A la coupe de la pièce la paroi intestinale est épaissie.

La sous-muqueuse, la musculeuse, sont le siège d'altérations inflammatoires hyperplasiques dont dépend l'épaisseur même de la paroi.

La muqueuse présente toujours des ulcérations sur l'insertion mésentérique, mais *ces ulcérations sont plus creusantes, forment des abcès intra-muraux* à l'origine des fusées décrites déjà dans le mésentère. De plus, cette muqueuse est bourgeonnante sanieuse, riche en proliférations granuleuses et polypoïdes.

A un stade plus avancé on a pu observer que, si la muqueuse présente des lésions identiques, la réaction inflammatoire exsudative de la sous-muqueuse de la musculeuse tend de plus en plus à faire place a un processus fibrosténosant. C'est à ce stade que les fistules sont particulièrement importantes : fistules internes dans le cœcum ou le sigmoïde, fistules externes vers la paroi abdominale.

II. — L'examen histologique dans les formes chroniques, montre :

— Dans les cas encore récents des lésions inflammatoires diffuses prédominant dans la sous-muqueuse et la muqueuse. On y trouve des plasmocytes, une prolifération intense du tissu lymphoïde.

— Dans les formes anciennes, la sous-muqueuse ne présente plus une infiltration leucocytaire diffuse, mais des amas nodulaires, ayant l'aspect de cellules géantes non spécifiques (Crohn, Moshkowitz et Wilensky). Elles apparaissent surtout au voisinage de cellules pâles se comportant comme des corps étrangers.

— Dans la musculeuse et la sous-séreuse, la réaction s'organise en foyers péri-vasculaires.

A un stade plus tardif, l'élément fibrose domine.

En somme dans les formes aiguës ce qui domine c'est une réaction inflammatoire *pseudo phlegmoneuse,* réaction séreuse œdémateuse siégeant essentiellement dans la sous-muqueuse, retentissant dans le mésentère. Mais un fait est capital : *l'absence de lésions sérieuses de la muqueuse.*

A ce stade d'œdème de la sous-muqueuse, il semble que souvent l'évolution puisse se faire vers la régression définitive.

Mais rien ne permet anatomiquement, sur le simple aspect macroscopique (si ce n'est peut-être une infiltration importante du mésentère) de prévoir cette évolution qui, d'autres fois, sera le premier stade d'une forme chronique.

Dans les formes chroniques, il s'agit d'abord de lésions diffuses mais ayant vite tendance à se localiser, à s'organiser. Et surtout il existe ici des ulcérations de la muqueuse. L'évolution dès lors se montre différente. Non seulement la résolution ne se fait pas, mais encore même après résection, la récidive est à craindre (Jackson).

D. — CLINIQUE

Les formes aiguës que nous étudierons d'abord ont, pour expression clinique, *un tableau péritonéal,* plus ou moins sévère et ceci bien à l'encontre des formes chroniques se traduisant avant tout par des troubles du transit intestinal.

I. — Formes aiguës

Il faut schématiser au maximum et individualiser deux groupes : les formes résolutives et les formes évolutives.

I. — Les formes aiguës résolutives répondent aux 22 cas de l' « Iléite simplex » de Strömbeck.

Il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent de 15 ans environ qui présente subitement une douleur abdominale. La douleur débute en général vers la fosse iliaque droite mais est souvent caractéristique *par son siège para-ombilical ou épigastrique ;* douleur à type de coliques, rarement sourde. Elle s'accompagne de vomissements. La langue est saburrale, l'état général peu grave, la température est rapidement à 38°5, 39° dès le premier jour.

A l'examen, le ventre est plat et les signes au palper n'ont pas la netteté de l'appendicite aiguë. Il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée, pas de douleur vive mais un endolorissement diffus plus ombilical, périombilical que localisé au Mac Burney.

Il n'y a pas de contracture vraie mais une simple défense.

La leucocytose modérée est à 12-14.000.

On opère avec le diagnostic d'appendicite aiguë. A l'intervention le diagnostic, dans bien des cas, a du rester ignoré. Cependant le contraste entre les signes cliniques et l'état subnormal de l'appendice doit entraîner l'examen systématique de la dernière anse iléale. Celle-ci est infiltrée par l'œdème, rouge. Le plus souvent, le méso serait peu infiltré.

L'acte opératoire peut être réduit dans ces cas au minimum. L'évolution ultérieure se fait vers la résolution simple. A tel point que Strömbeck, si l'on pouvait poser le diagnostic, proposerait l'abstention opératoire.

II. — L'iléite aiguë " évolutive " *doit* être opposée à ces formes.

La clinique déjà montre des différences importantes.

— Il s'agit de *sujets plus âgés,* de 25 à 30 ans, souvent de race juive.

— *Il existe des antécédents* absolument ignorés des formes résolutives. En effet, non seulement les sujets accusent des antécédents entéritiques, mais encore *ils présentent de véritables prodromes.* Depuis plusieurs semaines, un mois des malaises, un état nauséeux et subfébril. Parfois, ils viennent de subir une appendicectomie pour quelques douleurs dans la fosse iliaque droite.

Puis le début se fait plus caractérisé par une douleur vive justa-ombilicale droite, vomissement, ascension thermique. Tableau aigu mais qui présente encore ce caractère spécial de se prolonger *avec des atténuations, des intermittences* dans l'intensité de la douleur.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ALLONAL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Analgésique renforcé* (Pas de substance du tableau B) Comprimés : 1 à 3 p. jour et plus	Toutes les algies Toutes les névralgies
COLITIQUE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif anticolibacillaire* Adopté par les Hôpitaux et le Ministère des Colonies *Voie buccale* : Une ampoule le matin à jeun, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections à colibacilles Gastro-entérite, Pyélonéphrite, Cystite, Maladies infectieuses des organes génitaux féminins, Ictère, etc...
LYXANTHINE ASTIER Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	Composé anti-arthritique *Iodo-propanol sulfonate de sodium* *Bitartrate de lysidine* *Gluconate de calcium* Granulé effervescent Une cuillerée à café le matin à jeun	Goutte, Gravelle, Rhumatismes Névralgies rhumatismales, Arthrites Cellulites
ŒSTROGLANDOL "ROCHE" ONGUENT Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Hormone œstrogène* Onguent : tube de 20 gr. 1 applic. matin et soir après léger massage Laisser sécher	Prurit vulvaire et ano-vulvaire Acné, Herpès
VULCRINOL Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Opothérapie hépatique* *et* *Chimiothérapie humorale associées*	Maladies d'intolérance et états anaphylactiques Etats hépatiques - Intoxications

A l'examen, on constate une douleur nette à la palpation, une ébauche de contracture, un état général plus sévèrement touché.

Parfois l'abdomen est ballonné et l'on pourrait penser à une occlusion d'origine inflammatoire.

Il est exceptionnel que, malgré la douleur, on puisse percevoir une masse ilio-ombilicale.

En somme, là encore, le diagnostic sera celui d'appendicite le plus souvent et ne sera rectifié qu'à l'intervention. L'état de l'anse, l'énorme infiltration au méso IMPOSENT LA RÉSECTION ou la dérivation.

L'évolution ultérieure ne peut se faire vers la résolution qu'à titre exceptionnel. En fait, si l'on ne réseque pas d'emblée, on est obligé d'intervenir plus ou moins tardivement pour des accidents péritonéaux et occlusifs. Meyer et Rossi, Crohn et Rosenak ont eu à opérer pour une sténose plastique du grêle, de un à six ans, après un épisode initial bien constaté pour lequel ils s'étaient refusés à faire une résection.

III. — Il est des formes évolutives d'allure moins nette.

Chez des sujets à antécédents entéritiques et qui, depuis plusieurs semaines présentaient des accidents aigus, intermittents, l'intervention permit de reconnaître des lésions d'âge différent (Peters, Mixter, Strömbeck).

Ce sont là des types intermédiaires entre les formes aiguës et chroniques.

A l'opposé, il existe des cas d'allure beaucoup plus sévère.

D'abord la perforation en péritoine libre avec toutes ces conséquences peut être un mode de début clinique de l'iléite terminale.

De plus, montrant l'importance de *l'élément septicémique*, signalons avec Peters une observation : 17 heures après le début existaient des signes d'occlusion et de péritonite, un état général grave. L'intervention montra du pus dans la grande cavité, une anse phlegmoneuse avec abcès miliaires. Malgré l'intervention, l'évolution se fit vers la mort.

En résumé, s'il est difficile de porter un diagnostic clinique, il est très délicat, pour le chirurgien, de prendre, devant cette anse extériorisée, une décision opératoire en raison même de l'évolution variable de ces formes aiguës de l'iléite terminale.

II. — Formes chroniques

Ce sont maintenant des tableaux tout différents. Il s'agit de troubles du transit intestinal liés à l'existence d'ulcérations muqueuses, de rétrécissement de la lumière, d'abcès, de fistules.

On peut décrire des formes ulcéreuses, sténosantes, fistuleuses.

I. — La forme ulcéreuse donne un tableau d'entérite chronique.

Chez un sujet jeune, aux antécédents particulièrement riches en troubles digestifs, s'installent progressivement, en plusieurs mois, des signes intestinaux retentissants vite sur l'état général.

LA DIARRHÉE est le plus caractéristique des signes observés. Le nombre des selles est de 2 à 4 en moyenne, parfois de 10 à 12 par 24 heures. Les fèces sont semi-solides ou liquides, souvent avec mucus, pus, stries sanglantes, mœlena parfois.

Une douleur sourde se manifeste souvent au niveau de la fosse iliaque 4 à 6 heures après le repas lors du transit iléal.

Cette diarrhée persiste malgré tous les traitements médicaux et cette longue période de troubles intestinaux s'accompagnent d'une température à 38°5 qui, plus élevée, devra faire craindre l'existence d'abcès. Mais surtout l'ÉTAT GÉNÉRAL s'altère, l'annorexie, l'asthénie deviennent manifeste. Tandis que l'amaigrissement progressif peut atteindre dix kg. par mois. En cas d'amélioration transitoire, l'état général reste très altéré et se relève peu.

A l'examen physique, la fosse iliaque est douloureuse et l'on note, dans ces cas, l'existence d'une masse allongée, mal limitée, s'étendant transversalement dans l'hypochondre droit.

II. — D'autres fois, c'est l'élément sténose qui domine, donnant un tableau de subocclusion intermittente du grêle (42 % des cas pour Ginsburg et Oppenheimer).

La douleur représente le signe le plus important. Elle survient brusquement 3 à 4 heures après le repas, d'une façon régulière. A type de colique, de torsion elle devient de plus en plus vive. Elle se calme par intermittence d'une à deux minutes puis reprend. Siégeant surtout à droite, elle se propage vers l'ombilic ou même s'irradie à l'épigastre ou à gauche. Nettement en rapport avec la gêne du transit elle se termine brusquement alors que surviennent des bruits hydro-aériques. Bientôt le patient éprouve un besoin de selles et l'émission de gaz et fèces liquidiennes amène un soulagement immédiat. C'est, dans l'ensemble, tout le schéma du syndrome de Kœnig, douleur hyperpéristaltisme, borborygme, émission de selles.

A l'examen, on peut noter des reptations péristaltiques pendant les crises et entre les crises, une sensibilité diffuse de l'hypochondre droit. Mais surtout la palpation permet d'y percevoir une masse de consistance dure, peu mobile mais bien limitée c'est, vraisemblablement, l'iléon. Les limites sont-elles peu nettes, de volume variable à divers examens, on a pu dire qu'il fallait penser à une atteinte plus étendue, sur le cœcum en particulier.

Les troubles intestinaux, l'atteinte toujours marquée de l'état général, l'amaigrissement, la perception d'une masse font que, dans les formes ulcéreuses et sténosantes, l'erreur de diagnostic se fasse surtout avec les diverses formes de tuberculose iléo-cœcale.

III. — Forme fistuleuse (30 % des cas environ).

a) Les fistules sont, le plus souvent, *internes*, et l'importance des adhérences du voisinage expliquent qu'elles soient en règle viscéro-viscérales. Aucun signe clinique dans ce tableau des formes chroniques ne permet d'en faire le diagnostic. C'est à l'examen radiologique ou lors de l'intervention qu'une ou plusieurs fistules sont mises en évidence.

Ces fistulisations sont iléo-iléales, dans une anse voisine, iléo-cœcales, iléo-sigmoïdiennes. Crohn signale des fistules vaginales, Jones et Byrnes une fistule iléo-seminale. Les fistules iléo-vésicales ne seraient pas exceptionnelles (Kropveld). On a signalé une fistule iléo-cœcale par l'intermédiaire de l'appendice. C'est dire qu'au milieu de ces adhérences, les types les plus complexes peuvent être observés.

Rappelons encore que la tuberculose et tous les processus scléro-inflammatoires chroniques ont été invoqués dans ces cas, mais tous les examens pratiqués ont été négatifs, recherche du BK, cuti Wasserman, réaction de Frei.

b) *La fistule externe* (iléo-cutanée) est plus rare. Elle peut être d'apparition secondaire ou tardive.

Secondaire. — Souvent il y eut erreur de diagnostic, on avait drainé pour ce que l'on croyait être une appendicite, ou l'on avait drainé un abcès que l'on pensait être d'origine appendiculaire. La fistule se manifeste par la persistance d'un trajet après l'ablation du drain.

Tardive. — La fistule se produit après une période intercallaire de plusieurs mois après l'intervention. Un abcès se forme sous la cicatrice ou à son voisinage et pouvant s'ouvrir spontanément.

De toute façon il s'agit d'une fistule stercorale : mais fistule qui résiste à toute thérapeutique entretenue par l'importance des lésions sous-jacentes. Seule la résection de l'anse peut amener la guérison.

Après cette étude clinique, on réalise combien peuvent être polymorphes les expressions cliniques d'une affection encore incomplètement connue. Combien peut être difficile le diagnostic.

E. — DIAGNOSTIC

Il s'appuie sur des éléments cliniques, mais aussi sur l'examen radiologique qui prend une valeur considérable.

Les radiologistes préconisent un certain nombre de précautions.

Faire pratiquer une ingestion opaque à jeun, prendre les clichés sur le sujet couché, ce qui est banal, mais aussi prendre ces clichés à intervalle précis, 1 heure, 3 heures, 9 heures après le repas opaque. Enfin, si l'aspect des lésions est peu caractéristique, compléter l'examen par un lavement opaque donnant une image plus nette du cœco-ascendant. Il est contre-indiqué d'exagérer la pression de ce lavement pour obtenir une image de reflux iléal. Ajoutons qu'il est bien osé de faire cet examen dans les formes aiguës. Cependant Strömbeck a pratiqué l'examen radiologique *dans une forme aiguë.*

Il a noté une difficulté du transit de la dernière anse grêle. Sur dix centimètres, cette anse était bien remplie, mais le fond de l'image opaque était inégal et tacheté. C'est peu convainquant comme argument.

Sproul, dans une *forme subaiguë*, décrit un type de sténose avec irrégularité des bords de l'anse qui apparaît rigide, mal remplie avec aspect tacheté comme dans une polypose.

C'est avant tout dans les formes chroniques que les signes radiologiques ont été plus étudiés et prennent toute leur valeur.

Les signes les plus précis sont dus aux travaux étrangers (Kantor), c'est une image de sténose. Mais, malgré l'importance de la lésion, le repas opaque filtre toujours dans la lumière du segment malade.

En amont, la dernière anse saine apparaît dilatée, bien remplie. Cette image se termine très souvent en cône aux bords dentelés, se rétrécissant progressivement jusqu'au point ou débute la sténose.

L'image de la sténose elle-même est variable. Dans les cas les plus nets, tout le défilé est injecté par un filet opaque mince, sinueux, irrégulier (String sign). L'image opaque s'est bien moulée sur la lumière intestinale. On sait combien elle est réduite par l'énorme hypertrophie de la sous-muqueuse et sur une longueur d'ailleurs variable.

En aval, le cœco-ascendant est bien injecté, bien distendu.

Mais l'image du défilé sténosant n'est pas toujours aussi nette.

Entre deux zones bien injectées en amont et en aval, il peut n'être représenté que par de petites trainées opaques isolées. D'autres fois, il reste non injecté sur un cliché ne rendant pas compte objectivement de la perméabilité pourtant réelle de l'anse atteinte : cliché qui n'a pas saisi le passage de la gélobarine. Ces images ne sont pas moins caractéristiques.

D'autres fois, un spasme peut exister sur le cœcum et le côlon qui ne restent pas opacifiés entièrement ou présentent une série d'anneaux de contracture tendant à segmenter l'image cœcale. D'autres fois enfin, une tache opaque à l'angle iléo-cœcal donne l'image *d'un abcès* du mésentère qui s'est injecté — véritable image diverticulaire.

En conclusion dans les formes chroniques, c'est une image de sténose iléale si spéciale qu'elle doit amener avec le contexte clinique au diagnostic de l'iléite terminale.

Le diagnostic différentiel *dans les formes aiguës* reste impossible avec l'appendicite. Le siège un peu interne de la douleur, ni même l'existence d'une masse ne permettent la discrimination.

Ce qu'il faut c'est, à l'intervention, savoir rechercher l'iléite terminale, explorer la dernière anse grêle si l'appendice apparaît sensiblement sain alors que la clinique en imposait pour une intervention d'urgence.

Il est évident que, si les signes généraux l'emportent sur la réaction péritonéale, le diagnostic pourrait se poser avec une typhoïde à début brusque.

Dans les formes chroniques ou subaiguës c'est, avant tout, avec la tuberculose iléo-cœcale que l'erreur peut se faire. Mais ici l'aspect si spécial des examens radiologiques, l'importance des lésions sur l'iléon contrastant avec le siège à prédominance cœco-colique de la tuberculose facilitent le diagnostic.

Et d'ailleurs la tuberculose ne donne pas cet aspect de sténose du grêle.

F. — TRAITEMENT

Il est chirurgical et dispose de nombreux moyens.

— *Le drainage simple* du péritoine, avec ou sans dégagement de l'anse malade si celle-ci est bloquée par une bride (Lardennois).

— *L'entérostomie* à la Witzel sur le grêle sain.

— *L'iléo-colostomie.*

— *La résection* iléale ou iléo-cœcale en un ou deux temps.

— La résection après *extériorisation.*

A. Dans les formes aiguës, les indications opératoires sont particulièrement difficiles à poser.

Elles le sont parce qu'à côté des formes résolutives, évoluant vers la guérison spontanée, il est des formes entrainant non seulement un pronostic immédiat sévère (risque de péritonite, occlusion) mais encore exposant pour l'avenir à une iléite chronique. Elles le sont parce que dans un cas donné on a peu de moyens de juger, lors de l'intervention, sur le simple aspect macroscopique de l'anse quelle pourra être l'évolution immédiate et ultérieure de cette iléite.

Meyer et Rossi attachent une importance particulière à l'état du mésentère. Actuellement, on est autorisé à se baser sur cette notion.

a) Si le méso est peu œdématié, peu infiltré si l'anse seule est atteinte on peut se contenter d'un drainage simple du péritoine. La résolution est ainsi obtenue spontanément.

b) Dans les formes graves, le méso serait fortement infiltré, les fausses membranes, la réaction péritonéale plus importante. La sanction doit être différente.

Une iléostomie a la Witzel permettra une mise au repos partielle de l'anse atteinte. On la fera à distance des lésions. Les résultats obtenus semblent satisfaisants. Ultérieurement on jugera de la conduite à tenir.

L'anastomose iléo-colique peut aussi assurer la dérivation et la mise au repos. Mais le lachage des sutures, faites en milieu septique est à craindre.

De plus, ces deux méthodes laissent en place une anse gravement lésée, c'est ce qui a pu amener à l'extérioriser. C'est pourquoi, dans de nombreuses observations le chirurgien décida d'une *résection immédiate* en un ou deux temps, les suites opératoires furent simples.

B. Dans les formes subaiguës ou chroniques les lésions sont définitives. La résection s'impose, qu'il s'agisse de forme entéritique, sténosante, obcédée ou fistulisée.

Cette résection se fera toujours en deux temps : d'abord dérivation iléo-colique, secondairement résection large iléo-cœcale.

***

Le pronostic général de l'iléite terminale est sérieux.

Dans les formes aiguës phlegmoneuses la mort peut survenir dans un tableau de septicémie. Ces cas sont relativement rares par rapport aux formes résolutives et évolutives.

Dans les formes chroniques, l'intervention seule permet d'assurer une guérison mais au prix d'une mortalité post-opératoire de 15 %, de 10 % dans 68 cas opérés par Strömbeck. Les récidives post-opératoires sont de l'ordre de 10 % après résection (Koster, Kasman et Scheinfeld).

Ces statistiques seront améliorées d'autant que les indications opératoires seront plus précises, mais c'est là le problème le plus délicat en matière d'Iléite terminale.

BIBLIOGRAPHIE

Iléite terminale, par Leonida Belluffi, in *Archives Italiennes de Chirurgie*, 1939, XVII, volume LVI.
Iléite terminale. Boutron. *Thèse de Paris*, 1938.
Entéro-colites segmentaires sténosantes hypertrophiques. J. Allain. *Thèse de Paris*, 1940.

ACADEMIE DE CHIRURGIE :

Capette et Boutron. Deux observations iléite terminale aiguë (27 avril 1938).
Delagenière. Iléite régionale aiguë gangréneuse (mai 1938).
Errard. Deux cas d'iléite terminale (février 1939).
Nedelic. Iléite terminale perforée à colibacille (février 1939).
Hertz. Iléite régionale ou ulcère iléal (18 janvier 1939).
Herbert. Iléite aiguë (8 février 1939).
Langrand. Iléite terminale (8 février 1939).
Du Bourget. Iléite terminale aiguë primitive (8 février 1939).
Meyer, May. Iléite régionale (8 février 1939).
De La Fourcade. Iléite perforante (8 février 1939).
Couvelaire. Iléite à forme occlusive (8 février 1939).
Capette. Observation (février 1939).
Megret. Iléite terminale aiguë chez l'enfant de 3 ans (mars 1939).
Brèchot. Iléite terminale chronique (avril 1939).
Gorsse et Accard. Iléite terminale aiguë primitive (1939).
Caudille, Rémy et Roby (1939).

LIVRES NOUVEAUX

Séméiologie radiologique des pneumopathies aiguës (Tuberculose et suppurations pulmonaires exceptées), par M. J. Gourdou. Préface de M. le Prof. Jean Tapie. Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine. 96 figures. Prix : 80 francs. Maloine, éditeur, Paris, 1940.

Ce travail représente une étude d'ensemble de la radiologie des pneumopathies aiguës. Il est basé sur de nombreuses observations radio-cliniques, recueillies pour la plupart par l'auteur, au lit du malade, grâce à un appareil radiographique portatif. Illustré par une importante iconographie (96 clichés), il apporte une mise au point très complète de la radiologie des pneumopathies aiguës qui — celle de la pneumonie mise à part — était restée jusqu'à ces dernières années peu connue.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 6 mai 1941

Rapports au nom de la Commission du rationnement pharmaceutique. — M. Guérin montre que pour la médecine vétérinaire les besoins sont les mêmes que pour la médecine humaine et les manquants sont les mêmes.

Sur l'approvisionnement en sérums et vaccins. — M. G. Ramon montre tout d'abord qu'au cours des années qui ont précédé la guerre des réserves des plus importantes avaient été constituées représentant près de 30.000 litres des différents sérums thérapeutiques (antidiphtérique, antitétanique, antigangréneux, antivenimeux, etc.), et des diverses sortes d'anatoxine. De telles réserves ont permis de satisfaire pendant les hostilités aux beoins du service de santé militaire, des hôpitaux civils, des pharmacies, etc. Elles ont permis, en outre, de répondre aux demandes faites par certains pays étrangers.

Cependant, les réserves de sérums accumulées avant la guerre devaient être en partie épuisées par les prélèvements faits au cours de celle-ci. Il fallait les reconstituer. Dans ce but, des mesures étaient appliquées, en premier lieu lors de la période désastreuse de juin 1940, qui ont permis de conserver sur place les chevaux producteurs de sérum et de continuer cette production sans arrêt aucun.

La reconstitution des stocks de sérums thérapeutiques a été grandement facilitée grâce aux nouvelles méthodes d'immunisation et grâce, en particulier, à l'emploi des anatoxines et des substances adjuvantes de l'immunité.

En ce qui concerne les vaccins et plus spécialement les anatoxines diphtérique, tétanique, le vaccin triple associé (antityphoïdique, antidiphtérique, antitétanique), etc., certaines dispositions avaient été prises au lendemain de la défaite pour parer aux difficultés qui devaient être rencontrées ultérieurement dans leur préparation.

Grâce à l'ensemble de ces dispositions, la production des anatoxines et des vaccins microbiens n'a pas fléchi un seul instant et des réserves relativement considérables se chiffrant par un total de près de 10.000 litres des deux anatoxines diphtérique et tétanique ont été effectuées et sont entretenues au jour le jour. Ces réserves sont particulièrement précieuses au moment où la vaccination mixte antidiphtérique et antitétanique a été déclarée obligatoire et est, en conséquence, entrée dans une phase active.

Sur le fonctionnement et sur le rôle dans le présent et dans l'avenir des laboratoires de recherches. — M. G. Ramon, en conclusion de son important rapport montre que grâce à l'assistance des pouvoirs publics et à leur sollicitude, les chercheurs de nos laboratoires mus, de leur côté, par leur ardent désir de faire œuvre utile pour notre pays en détresse, poursuivront alors avec confiance et espoir leur travaux dont le but ultime et magnifique est le soulagement de la misère et de la souffrance humaine. Ils entretiendront et vivifieront ainsi la flamme du pur génie français qui leur a été transmise par Claude Bernard, Pasteur, Charles Richet, d'Arsonval et combien d'autres et contribueront, dans le champ d'action qui leur est propre, à garder à notre Patrie sa primauté spirituelle, son prestige intellectuel dans le monde.

Note sur la chirurgie conservatrice dans les cas de tumeurs bilatérales des ovaires. — M. Labey. — La conservation, chez les femmes jeunes et désireuses de maternité, de la fonction ovarienne dans les cas de tumeur bilatérale des ovaires est éminemment souhaitable.

M. Labey a observé deux cas de tumeur de ce genre dans lesquels la conservation d'un fragment d'ovaire a permis des grossesses consécutives. Dans le premier cas, il s'agissait de kystes dermoïdes bilatéraux. Il y a eu 5 grossesses ultérieures, alors que la jeune femme n'avait jamais eu d'enfant.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un carcinome des deux ovaires comme l'a révélé l'examen histologique : il y a eu une grossesse dix-huit mois après l'intervention ; Trois ans après, récidive de la tumeur dans le fragment d'ovaire restant ; huit ans après la deuxième intervention la malade est en bonne santé.

Election. — M. Boivin (de l'Institut Pasteur) est élu membre titulaire dans la IVe section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles). M. Boivin a obtenu 36 voix sur 70 votants ; Mme Phisalix, 28 voix ; M. Hazard, 2 voix ; M. Lacassagne, 1 voix ; M. Ledoux-Lebard. 2 voix.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 30 avril 1941

Reflux duodénal après cholédocotomie. — M. Fresnay. — M. Moulonguet rapporte cette observation où un reflux duodénal survint au dixième jour, après ablation des mèches. Une gastroentérostomie faite n'empêche pas une issue fatale.

Recherches sur le choc. — M. L. Binet et ses collaborateurs ont fait des recherches expérimentales sur le chien soumis au choc histaminique.

Le choc détermine un effondrement de la tension artérielle, diminution de la tension veineuse et parfois également du liquide céphalo-rachidien. L'étude histologique a permis de déceler des lésions hépatiques, intestinales et surrénales. La pratique du sang dilué injecté par voie intra-veineuse s'est avérée particulièrement efficace pour traiter ce choc histaminique.

M. Ameline a utilisé le sérum bicarbonaté et hyposulfité sur l'homme avec d'excellents résultats.

Quelques réflexions sur les manifestations cliniques, le diagnostic et le traitement des hernies postérieures des disques intervertébraux, à propos de 18 cas opérés. — M. Petit-Dutaillis souligne le siège lombaire de cette lésion qui est localisée en règle au niveau des disques L_4 L_5 et L_5-S_1. La hernie est souvent latéralisée et gauche.

Certaines surviennent sans cause apparente, d'autres sont en rapport avec un traumatisme violent ou avec un efforts (soulèvement d'une lourde charge). Cliniquement, les hernies lombaires se traduisent soit par une sciatique, plus rarement un lumbago simple ; la hernie discale doit être invoquée en présence de toutes les algies sciatiques atypiques (bilatéralité des douleurs, présence de zones d'hypoesthésie, etc.).

M. Petit-Dutaillis montre ensuite les aspects évolutifs de cette affection.

Radiologiquement, on peut observer un pincement discal qui n'a de valeur que s'il siège au niveau de L_4 L_5 ; l'examen lipiodolé est le temps capital de l'examen ; il permet de mettre en évidence un arrêt fruste au niveau d'un disque, ou une déformation du lipiodol aggloméré dans le sac épidural (encoche permanente latérale, image en bec de flûte).

Deux diagnostics sont difficiles : la funiculite banale et la sciatique due à une arthrite des apophyses articulaires.

M. Petit-Dutaillis discute le traitement qui est, avant tout, chirurgical et consiste dans l'ablation de la hernie discale. Les résultats éloignés sont satisfaisants.

Quatre cas de hernie postérieure des disques intervertébraux. — M. Sicard présente les clichés radiographiques de ses observations.

Lipome sous-péritonéal très volumineux (11 kilos). — Présentation de pièce. — M. Cadenat.

Appareil pour enclouage du col du fémur. — Présentation de l'appareil. — M. Huet, M. Metivet.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 7 mai 1941. — 1° Jury : MM. Baudouin, Chiray, Cathala, Moreau. — M. Gras. Dystrophies ostéo-articulaires de la seconde enfance, de l'adolescence et rachitisme. — M. Dishnica. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des polynévrites alcooliques. — M. Bricaire. Contribution à l'étude de la pneumonie rhumatismale. — Mlle Cans. Les rapports de la coqueluche et de la tuberculose chez l'enfant.

2° Jury : MM. Lœper, Troisier, Funck-Brentano, Portes. — M. David. La place actuelle des sels d'or. — M. Chevalier. Le pneumothorax spontané après la cinquantaine. — M. Lataix. Le traitement des entorses récentes du cou-de-pied.

Jeudi 8 mai 1941. — Jury : MM. Léon Binet, Lereboullet, Tanon, Patel. — M. Camus. Syndrome d'hémorragie ventriculaire d'origine scorbutique possible chez un nourrisson. — M. Mettey. Intoxication par le cadmium.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 7 mai 1941. — Jury : MM. Champy, Lesbouyries, Letard, Simonnet. — M. Besson. Le loulou de Poméranie : races, standards, élevage. — M. Dufour. Tarissement de la sécrétion lactée par l'hormone folliculaire chez la chienne.

Jeudi 8 mai 1941. — 1° Jury : MM. Tanon, Lemierre, Coquot, Lesbouyries, Vergé. — M. Vitoux. L'antisepsie de la mamelle chez la vache. — M. Saleh. La pleuro-pneumonie infectieuse des chèvres.

2° Jury : MM. Jeannin, Lesbouyries, Maignon. — M. Montfort. Contribution à l'étude de la non délivrance chez la vache. Essai sur le traitement par les extraits post-hypophysaires.

INFORMATIONS

(suite de la page 370)

Le service social de l'armée de terre. — Un décret, en date du 19 avril 1941, crée un service social de l'armée de terre. Le personnel nécessaire est prélevé sur le personnel relevant du secrétariat d'Etat à la guerre, il comprend un personnel féminin d'adjointes sociales pourvues du diplôme d'état d'assistante sociale, ou possédant une formation sociale suffisante pour être engagé sur contrat à un salaire moyen de 1.600 francs par mois. Dans les territoires d'outre-mer le personnel recevra des majorations de salaires analogues à celles fixées pour les agents de l'Etat.

(*J. O.*, 30 avril 1941.)

L'Association Générale des Médecins de France croit devoir rappeler l'existence de sa *Caisse d'Assistance Médicale de Guerre*, qui a grand besoin du concours de tous pour augmenter les ressources si nécessaires pour venir en aide aux confrères sinistrés ou prisonniers. Elle recevrait volontiers plus particulièrement des livres, instruments et mobilier professionnels, qu'elle distribuerait à ceux qui ont perdu toute leur installation. S'adresser au siège social de l'Association Générale des Médecins de France, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e).

Nécrologie

Le Dr Alphonse Guérin, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, membre du Conseil de Surveillance de l'Assistance Publique.

On annonce la mort au Champ d'honneur de M. François Camelot, étudiant en médecine, tombé en mai 1940 dans les Ardennes. Il était le fils du professeur Camelot, ancien doyen de la Faculté libre de Lille à qui nous adressons l'expression de notre profonde sympathie.

— De M. André-Paul-Joseph Janssen, externe des hôpitaux de Lille, décédé à Bierne, le 16 avril 1941.

— Nous apprenons aussi avec peine la mort du Dr Desfarges (de Basset-Allier). Notre vénérable confrère, dont la vie a été consacrée au dur labeur du praticien, s'était fait remarquer par d'excellents travaux sur l'hygiène de l'enfance que l'Académie de Médecine récompensa à plusieurs reprises. Dès sa thèse de doctorat, en 1887, il était devenu l'abonné de notre journal comme son père et son grand-père dont l'abonnement remontait à 1838. Le Dr Desfarges n'était pas seulement un de nos plus anciens et fidèles lecteurs, il était l'ami dévoué de sa rédaction. Très respectueusement nous saluons la mémoire de cet excellent confrère.

— Nous apprenons enfin, bien tardivement, la mort, survenue le 28 novembre 1940, du Dr Camille Vinsonneau, ancien interne des hôpitaux de Paris (1900), professeur de clinique ophtalmologique à l'Ecole de Médecine d'Angers, ancien président de la Société de Médecine d'Angers, membre du Comité de Direction des Archives Médicales d'Angers.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 39-40. — 14-17 MAI 1941 | 114e ANNEE | Le No 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Préfecture de Police. — CONCOURS DE SAINT-LAZARE. — Un concours pour l'admission à *trois emplois de médecin* à la maison de Saint-Lazare, s'ouvrira à la Préfecture de Police, le mercredi 11 juin 1941 et se continuera les jours suivants, soit à la Préfecture de Police, soit dans un hôpital qui sera désigné ultérieurement.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert, dès maintenant à la Préfecture de Police (service du personnel), et sera clos le samedi 24 mai 1941.

Conditions : posséder le diplôme d'Etat de docteur en médecine; être Français ; ne pas être Juif ; ne pas avoir appartenu à une organisation secrète ; avoir satisfait à la loi sur le recrutement ; avoir moins de 35 ans au 1er janvier 1941 (prorogation pour services militaires et pour chaque enfant à la charge).

Fournir : extrait de naissance, diplôme de docteur, états de services militaires, exposé de titres universitaires, scientifiques et hospitaliers.

Epreuves pour l'admissibilité : 1° épreuve sur titres ; 2° épreuve écrite.

Epreuves définitives : deux épreuves cliniques, une épreuve orale.

Faculté de Médecine de Paris. — AVIS. — Les examens pour la session spéciale et pour les candidats Ancien Régime, auront lieu : 1re Année : Anatomie (écrit) : 7 juin (distribution des convocations : 6 juin) ; Anatomie (oral) : à partir du 10 juin.

2e Année : Anatomie (pratique) : 29 mai (affichage le 26 mai); Anatomie (oral) : à partir du 11 mai.

M. le Professeur Laubry, retraité, est chargé d'un cours complémentaire de cardiologie.

M. le Professeur Antonin Gosset a obtenu un congé de trois mois pour raison de santé à partir du 1er mai 1941.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Monnier, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de chimie biologique.

M. Baumel, nommé professeur d'anatomie pathologique et et médecine expérimentale depuis le 1er octobre 1939 est rangé à partir de cette date dans la 2e classe.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Ribaud, professeur retraité est nommé professeur honoraire.

M. Miginiac, professeur de clinique des maladies des voies urinaires est transféré, à dater du 1er avril 1941, dans la chaire de clinique chirurgicale et du cancer, en remplacement de M. le Professeur Ducuing, retraité.

Ecole de Médecine de Limoges. — M. R. Marcland, directeur, est renouvelé dans ses fonctions pour l'année scolaire 1940-1941.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — CITATION A L'ORDRE DE LA NATION :

Le Maréchal de France, chef de l'Etat français, cité à l'ordre de la Nation :

Mme Inchelin (Marie-Sophie-Mathilde), supérieure des Filles de la Charité de Saint-Vincent de Paul, à l'hôpital Saint-Joseph, à Paris : religieuse dont l'intelligent et inlassable dévouement a été consacré, pendant 40 années, à une grande œuvre charitable et sociale ; décédée en décembre dernier, après avoir réalisé, pendant la guerre, dans un important établissement hospitalier, un ensemble d'initiatives aussi utiles que remarquables par la beauté et la noblesse des sentiments qui les avaient inspirées.

Fait à Vichy, le 4 mai 1941.

Ph. PÉTAIN.

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Jean Fabre est nommé conseiller municipal de Grenoble.

M. le Dr Li[illegible]uzi est nommé adjoint au maire d'Orléans.

M. le Dr Marc Dup[illegible]t est nommé adjoint au maire de Marmande.

M. le Dr Ratel est nommé maire de Blanc-Mesnil (Seine-et-Oise).

M. le Dr Charles Moncany est nommé maire de Corbeil (Seine-et-Oise).

M. le Dr André Guillemet est nommé adjoint au maire de Cenon (Gironde).

Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés et prisonniers (*5, place Saint-Michel, Paris*). — Le Centre d'entr'aide aux étudiants mobilisés et prisonniers, grâce à l'aide de l'Université de Paris, des diverses associations d'étudiants et de l'Union Nationale des Etudiants de France, avec la collaboration généreuse du Comité Central d'Assistance aux Prisonniers de Guerre, s'est efforcé, depuis le mois d'août dernier, de venir en aide aux étudiants et universitaires prisonniers dans les camps de France et d'Allemagne, en leur apportant un réconfort moral et des secours matériels. En quelques mois, son activité s'est étendue considérablement, ainsi que le montre la vie intense qui règne dans ses locaux du 5, place Saint-Michel.

Le Centre d'entr'aide a réuni ainsi plus de huit mille dossiers de prisonniers avec lesquels il correspond régulièrement. Il est en contact permanent avec les familles de ces prisonniers.

Ainsi, plusieurs tonnes de colis, contenant des vêtements, des vivres et du tabac, ont déjà été envoyés dans les camps de France et d'Allemagne.

D'autre part, depuis la fin de novembre et surtout depuis le mois de janvier 1941, le Centre d'entr'aide a consacré une partie de son activité à l'envoi aux étudiants et universitaires prisonniers de livres pouvant leur permettre de poursuivre leurs études, de parfaire leur culture générale, et de recevoir un aliment intellectuel indispensable.

Plus de 60.000 volumes ont été adressés. Les élèves des lycées de Paris ont participé en très grand nombre à cette œuvre de solidarité.

[La *Gazette des Hôpitaux* répondant à l'appel de la Fédération des Médecins du Front a déjà adressé, depuis plusieurs semaines, chacun de ses numéros dans les camps de prisonniers.]

Un Comité d'organisation de l'industrie du thermalisme est créé conformément aux dispositions de la loi du 16 août 1940. Ont été nommés membres de ce comité, M. le Dr Flurin, président ; M. Léger, en qualité de maire de station thermale ; MM. les Drs Dufourt, Forestier, Moncorgé, en qualité de médecins de stations thermales ; M. Bonjean, en qualité de représentant des casinos des stations thermales ; MM. Jean Bouloumié, Mothe, Normand, en qualité de représentants des établissements thermaux ; MM. Defert et le vicomte de Rohan, en qualité de représentants des intérêts touristiques ; M. Marois, en qualité de représentant de la S. N. C. F. ; M. Gommy fait, en outre, partie du comité comme membre de droit, en qualité de président du Comité d'organisation professionnelle de l'hôtellerie.

(*J. O.*, 27 avril 1941.)

Médecine et Famille. — *Une nouvelle carrière intéressante pour les jeunes femmes.* — A toutes celles qui se sont vues interdire des carrières désormais réservées aux hommes, le Corps Médical peut rendre service en indiquant la session intensive d'enseignement ménager et familial organisée à Paris, par le Secours National, à partir du 12 mai prochain.

Des situations de monitrices auxiliaires de cet enseignement pourraient être indiquées à celles qui l'auront suivi avec succès durant six mois. Des bourses seront accordées aux candidates intéressantes.

Conditions à remplir : âge minima 21 ans, maxima 35 ans.

Examen d'entrée pour toutes les candidates qui devront avoir le brevet simple au moins et autant que possible le niveau du brevet supérieur ou du baccalauréat.

Les familles médicales peuvent être particulièrement intéressées par ces études sur tous les problèmes moraux et matériels qui touchent à la famille, non seulement pour la technique, mais également pour sa formation spirituelle et éducatrice. De nombreux maîtres autorisés et des confrères particulièrement qualifiés assureront de très nombreuses conférences en plus des travaux pratiques et des stages.

Toute la correspondance doit être adressée à Mme la Directrice de l'Ecole, 20, rue Gay-Lussac, à Paris (5e). Elle reçoit les lundis, mercredis, vendredis, le matin, de 9 heures à midi. Le registre d'inscription sera clos le 8 mai.

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — Institut d'hygiène. — Un enseignement spécial concernant les applications de l'hygiène alimentaire sera donné du 26 mai au 13 juin, à l'Institut d'hygiène de la Faculté de Médecine, sous la direction de M. le Professeur Tanon, professeur d'hygiène, et de M. Lassablière, directeur de l'Ecole des Hautes-Etudes.

Cet enseignement s'adresse aux docteurs et étudiants en médecine, aux assistantes sociales, aux surintendantes d'usine, etc.

Les leçons auront lieu au Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique, à 18 heures, aux jours suivants :

Lundi 26 mai. — M. Lassablière : Influences et rôle de l'alimentation.

Mardi 27 mai. — M. Binet : Les aliments d'origine animale.

Mercredi 28 mai. — M. Clerc : Les aliments d'origine végétale.

Jeudi 29 mai. — M. Neveu : Les boissons.

Vendredi 30 mai. — M. Lassablière : Besoins de l'organisme.

Mardi 3 juin : M. Richet : La ration alimentaire.

Mercredi 4 juin : M. Chouard : Utilisation des aliments rationnés, non rationnés et de remplacement.

Jeudi 5 juin. — M. Martel : L'art d'acheter.

Vendredi 6 juin. — M. Cambassedès : Conservation des aliments.

Samedi 7 juin. — M. Pozerski : Gastrotechnie.

Lundi 9 juin. — M. Lereboullet : La ration actuelle des nourrissons.

Mardi 10 juin. — M. Lesne : La ration actuelle de l'écolier.

Mercredi 11 juin. — M. Lacomme : La ration des femmes enceintes.

Jeudi 12 juin. — M. Lassablière : La ration actuelle des travailleurs.

Vendredi 13 juin. — M. Navarre : Infections et intoxications d'origine alimentaire.

Voir la suite des Informations, page 406.

Ordre des Médecins

Le premier numéro du *Bulletin de l'Ordre des Médecins* vient de paraître. Il porte la date d'avril 1941.

Ce bulletin ayant été adressé à tous les médecins inscrits à l'Ordre des Médecins, nous nous bornons à saluer son apparition qui marquera une date dans l'exercice de notre profession. Le Bulletin contient, en effet, à côté de renseignements précis sur l'activité de l'Ordre, le *Code de Déontologie* et les statuts de la profession médicale.

Le Bulletin est édité par MM. Masson, avec le soin et l'élégance que ces éditeurs apportent dans toutes leurs publications.

Les médecins non inscrits peuvent s'y abonner ou acheter les numéros à la Librairie Masson.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.



MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
BÉNERVA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Aneurine cristallisée* *(Vitamine B_1)* Comp. 1 mg. : 2 à 4 p. j. Amp. 1 cm³ (2 mg) : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ (10 mg) : 1 p. j.	B_1-Hypovitaminoses Surmenage, Algies, Polynévrites, etc.
BROMÉSÉRINE Laboratoires STELVIA (G. Blaque) 59, rue Boissière, Paris (16e)	*Première association* stable *et pratique des bromures de* Ca *et de* Na *et du salicylate d'ésérine* (2 dragées à *croquer* à chaque repas)	Tous les syndromes fonctionnels (troubles neuro-digestifs » neuro-cardiaques » neuro-glandulaires)
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
ÉPHYNAL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Vitamine E synthétique* Comp. : 1/2 (chez le nouveau-né) Grossesse norm. : 1 à 2 p. j. Menace d'avortement : 5, 10 ou 20 p. j.	Avortement habituel Stérilité
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
ŒSTROBROL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Sédobrol folliculiné* Tablettes : 1 à 2 p. j. dissoutes dans une tasse d'eau très chaude	Tous les troubles du cycle ovarien
PHILENTÉROL Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin polyvalent buvable* (colibacilles, entérocoques, staphylocoques) Une ampoule par jour pendant dix jours. Reprendre la cure si nécessaire après un repos de huit à dix jours	Colites, Diarrhées, Grippe intestinale, Syndrome entéro-rénal, Appendicites, Cystites, Pyélo-néphrite gravidique Vaccination pré- et post-opératoire
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide (Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
STALYSINE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif antistaphylococcique* *Injectable* : Injection initiale de 1/2 cc. Les suivantes de 1 cc. tous les jours *Voie buccale* : Une ampoule le matin, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections d'origine staphylococcique Furonculose, Anthrax, Acné, etc...

LES CENTRES RURAUX DE LA JEUNESSE ET LE MÉDECIN

Par M. le Professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

I. ORGANISATION D'UN CENTRE

Après le désastre de juin 1940 il faut, suivant la pensée fortement exprimée par le Maréchal Pétain, rénover la France par la formation de la jeunesse.

Les Centres ruraux de la Jeunesse, qu'organise le *Secrétariat général à la Jeunesse* pour des jeunes chômeurs de 17 à 20 ans, doivent contribuer à cette formation (1). Le but qui leur est assigné est de procurer aux jeunes gens une existence saine, de leur donner une formation nationale, intellectuelle, morale et sociale, en même temps qu'une formation professionnelle, d'encourager le retour à la terre, d'apporter à la terre la main-d'œuvre qui lui est nécessaire.

Il existe déjà, répartis dans toute la France, des centres ruraux soit pour les *jeunes hommes*, soit pour les *jeunes filles* (1) ; d'autres sont prévus ou en cours d'installation.

L'organisation et le fonctionnement de ces Centres, suivant qu'ils seront conformes ou non aux lois de l'*hygiène*, peuvent avoir une influence heureuse ou une influence fâcheuse sur la *santé physique*, *psychique* et *morale* des jeunes gens. Les médecins ont donc le devoir de s'y intéresser.

A la demande de son ancien président, M. Sieur, l'*Académie de Médecine* a, dans sa séance du 18 mars, nommé une commission chargée de préciser les *Principes à observer pour l'hygiène et la protection de la santé dans les Centres et Chantiers de la Jeunesse ;* dans la séance du 29 avril elle a adopté les conclusions du rapport que je lui ai lu au nom de cette commission.

Je vais étudier ici quelques-uns des problèmes que pose au médecin l'*organisation* d'un Centre et son *fonctionnement*.

***

L'*organisation matérielle* d'un Centre rural est présentée de la façon suivante (2) :

Les jeunes y seront logés dans des bâtiments aménagés à cet effet (dortoirs, réfectoires, cuisines, ateliers, salles de réunion et de lecture, etc.).

Cette organisation demande quelques précisions. On peut profiter, à son sujet, de l'expérience acquise par les médecins militaires, notamment pendant la guerre de 1914-1918. J'en ai exposé les directives et les réalisations, alors que médecin consultant de la VIe armée, j'avais dans mes attributions l'hygiène des camps et cantonnements (3).

A côté des installations dans des bâtiments (correspondant au *cantonnement*), il pourrait y avoir avantage, dans certaines régions, à utiliser des baraques groupées de façon à constituer un *camp*.

Dans les deux éventualités, l'organisation d'un Centre comporte : 1° le *choix de l'emplacement ;* 2° l'*aménagement*.

(1) J'ai utilisé deux conférences données au *Comité National de l'Enfance*, les 28 octobre et 30 novembre 1940 sur *les organismes récents s'occupant de la jeunesse et du travail*, par M. Ruf et Mlle Chleq, du *Secrétariat Général de la Jeunesse*, ainsi que les documents officiels qu'ils ont bien voulu me procurer.

(2) *Secrétariat Général de la Jeunesse*. Documentation n° 3 B 22 novembre 1940.

(3) P. Nobécourt. Hygiène des camps et cantonnements d'une armée. *La Presse Médicale*, 10 juin 1918.

1° Choix de l'emplacement

Toutes les localités ne sont pas également favorables à l'emplacement d'un Centre. Certaines doivent être rigoureusement exclues ; d'autres réalisent plus ou moins complètement les conditions indispensables.

Voici les principales conditions requises.

L'emplacement doit avoir une **superficie** en rapport avec l'*importance de l'effectif* auquel il est destiné. Il doit être suffisamment *vaste* pour que tous les services y soient au large et que les espaces libres aient l'étendue nécessaire. On évite ainsi le *surpeuplement* et l'*encombrement*, qui ont des conséquences nuisibles pour la santé, en favorisant la naissance et la diffusion des maladies infectieuses.

L'emplacement doit être **sain**. Il doit être *orienté* au sud-sud-est de façon à être exposé au soleil ; les inconvénients qui peuvent en résulter pendant la saison chaude sont largement compensés par les avantages pendant le reste de l'année ; le soleil est un facteur puissant de salubrité et de santé. Il doit être à *l'abri des vents violents*. Il doit être *en pente douce*, à flanc de coteau, pour faciliter l'écoulement de l'eau et l'assèchement du terrain. Le sol doit être *perméable*, pour le même motif.

C'est dire qu'il *faut éviter* les bas-fonds, le bord des rivières et des étangs, qui sont humides et souvent marécageux pendant la mauvaise saison, où règne le brouillard. Cependant l'existence d'une rivière à quelque distance est désirable, car elle pourra permettre, pendant la saison chaude, les bains et la natation, faciliter l'approvisionnement en eau.

Il *faut éviter également* la proximité d'usines susceptibles de répandre des fumées et des mauvaises odeurs.

Un point très important est **l'approvisionnement en eau** et spécialement en **eau potable.** Une grande quantité d'eau est nécessaire pour la boisson, la toilette, la cuisine, le lavage du linge, la propreté du Centre. Elle peut être fournie par des *sources*, des *puits*, des *citernes* recueillant l'eau de pluie, une *rivière*. Les eaux de ces diverses provenances, pourvu qu'elles soient propres, peuvent être utilisées pour les usages courants, mais toutes ne peuvent pas l'être pour la boisson. *Pour la boisson*, il faut une *eau pure*, chimiquement et bactériologiquement ; son analyse sera faite par un laboratoire spécialisé ; il n'y a guère que l'eau de source ou l'eau de puits qui puissent convenir ; il faut s'assurer qu'il n'y a pas, dans un périmètre donné, de causes de souillure et prévoir un périmètre de protection.

Si le Centre est installé dans des **bâtiments**, ceux-ci doivent pouvoir être facilement adaptés à leur nouvelle destination.

Il faut enfin envisager les **voies d'accès**, route et chemin de fer, pour que le *ravitaillement* soit facile.

2° Aménagement

L'aménagement d'un Centre doit être *adapté à l'effectif* qui l'occupera. Son importance peut être diverse. Voici ce qui est prévu à cet égard (1) :

Les jeunes sont groupés en équipes de 10 à 15. Deux ou trois équipes peuvent être groupées dans un même village, sous la conduite d'un chef responsable... ou bien, là où ce sera possible, on pourra grouper dix ou douze équipes dans un même centre, où les chefs auront plus de facilités pour mener leur travail éducatif.

On peut donc prévoir un groupement de 150 à 200 jeunes gens, et il n'y aurait aucun inconvénient à ce que leur nombre fût plus grand. Un tel groupement sera plus favorable que des petits groupes, non seulement pour le « travail éducatif », mais aussi pour un fonctionnement économique, ce qui n'est pas à dédaigner. Pour simplifier cet exposé, je n'envisage que cette éventualité.

Les *principes* à observer, qu'il s'agisse d'une installation dans des bâtiments ou dans un camp, sont les mêmes ; mais les *modalités* de la réalisation sont différentes.

Les bâtiments seront, en général, ceux d'une exploitation agricole ou d'une vaste habitation (château) avec ses dépendances.

(1) *Secrétariat Général de la Jeunesse.* — *Loc. cit.*

Plan d'aménagement. Aménagement du terrain. — L'aménagement d'un Centre ne doit pas être laissé au hasard ; il doit être effectué suivant un *plan*.

Il faut indiquer les espaces libres réservés aux jeux et à l'éducation physique, l'affectation des bâtiments et l'emplacement de ceux qu'il pourra être nécessaire d'ajouter, ou, s'il s'agit d'un camp, le nombre, l'emplacement, la destination des baraques à édifier, etc.

Il faut établir le tracé des *voies d'accès* qui seront empierrées. Dans un camp, on tracera une route centrale, accessible aux voitures, et des chemins pour piétons.

Il faut établir le plan d'*adduction* et de *distribution* d'eau, de *départ* des eaux usées, le plan d'*éclairage* par l'électricité qu'il est possible d'installer partout.

Il faut indiquer l'emplacement de la *cuisine*, d'un *lavoir*, des *latrines* et des *urinoirs*, d'un *dépotoir*, des *écuries*.

Le plan adopté, on procède au *nettoyage* et à l'*aménagement du terrain*.

Les locaux. — Les locaux sont soit des *bâtiments* existant, soit des *baraques* édifiées spécialement. Leur destination est diverse.

Locaux de logement. — *A. Bâtiments existant.* — Il est rare qu'une habitation ait des chambres en nombre suffisant pour loger 150 à 200 hommes. Il faut donc avoir recours à des greniers, à des granges, à des écuries. c'est-à-dire à des bâtiments qui n'ont pas été destinés à devenir des dortoirs. Il faut les aménager et leur aménagement demande souvent des travaux importants.

Pour tous, il faut assurer l'aération, l'éclairage naturel, le chauffage. Les greniers se prêtent difficilement aux transformations. Les granges et les écuries s'y prêtent davantage. Cependant, il faut percer des fenêtres, élever des cloisons pour les diviser en dortoirs destinés à une équipe, c'est-à-dire à une quinzaine d'hommes et, si la hauteur du toit est trop grande, tendre un plafond de toile à environ trois mètres. Sans ces précautions, le bâtiment est mal éclairé, parcouru par des courants d'air, impossible à chauffer pendant l'hiver. L'installation de poêles sera prévue pour le chauffage pendant l'automne, l'hiver et le printemps.

Les murs seront blanchis à la chaux par pulvérisation. Le sol sera couvert de sable ou de gravier.

B. *Baraques.* — On pourra utiliser les baraques du type de l'armée. Les meilleures sont celles pourvues d'un plancher reposant sur des piliers à quelque distance du sol et de fenêtres. Il sera utile, pendant l'hiver, de supprimer la circulation de l'air au-dessous du plancher, pour en empêcher le refroidissement, et, pour les motifs exposés ci-dessus, d'en diviser l'intérieur en deux ou trois dortoirs. Il faut naturellement prévoir le chauffage.

Les locaux de logement seront meublés de lits, avec paillasse, matelas, traversin, draps, couvertures en nombre suffisant, de bancs, de tables, d'armoires à cases individuelles ou, à défaut, de planches pour disposer les paquetages.

Au local de logement, seront annexés des **lavabos**, pourvus d'eau courante, soit à une extrémité du bâtiment ou de la baraque soit sous un *appentis* voisin. Celui-ci doit être fermé, chauffé pour permettre son emploi en toute saison et relié au logement par un passage couvert pour que les hommes puissent s'y rendre à l'abri des intempéries. Les hommes doivent pouvoir faire leur toilette, le matin, au lever, et le soir, au retour du travail. Il y aura des récipients pour servir au lavage des pieds et aux soins intimes. La toilette n'est pas un luxe ; la propreté du corps, et pas seulement celle du visage et des mains, qui se voient, est nécessaire à la santé physique et à la santé morale.

Il ne faut pas oublier *l'hygiène de la bouche et de la denture*. Chaque homme devra avoir une brosse à dents.

Réfectoire. — A la rigueur, les hommes pourront prendre leurs repas dans leurs dortoirs ; mais il est préférable qu'ils aient un réfectoire à leur disposition et que celui-ci soit placé *à proximité de la cuisine*.

Le *local* pourra être plus simple que celui destiné au logement. Suivant les possibilités ce sera une pièce spéciale de l'habitation, une grange ou une écurie, une baraque. L'important est que l'éclairage naturel et l'aération soient suffisants, que le chauffage soit possible. Les murs de la grange ou de l'écurie seront blanchis à la chaux ; la baraque pourra reposer sur le sol, sans plancher suspendu ; le sol des unes et des autres sera recouvert de gravier.

Il est désirable qu'un *lavabo* soit placé auprès de l'entrée pour le lavage des mains.

Le voisinage de la cuisine permettra aux hommes d'aller, après le repas, laver leur matériel de table dans l'appentis réservé à cet effet, où ils disposeront d'eau chaude. Sinon, il faudrait prévoir une installation à la sortie du réfectoire.

L'*ameublement* comportera des tables couvertes d'une toile cirée lavable, des bancs, des casiers individuels où chaque homme rangera le matériel de table qui lui sera attribué.

Si l'effectif du Centre est peu nombreux, le réfectoire pourra servir de *salle de réunions* en dehors des repas. Il comportera alors l'aménagement dont il sera question ci-dessous.

Cuisine. — La cuisine est importante, car les jeunes gens doivent *bien manger*. Suivant les possibilités, elle sera installée dans la cuisine de l'habitation, dans une grange ou une écurie, sous un hangar (qu'il faudra clore pendant la saison froide). Le sol sera empierré, ou mieux, cimenté.

L'*eau* y sera conduite et le départ des *eaux usées* assuré.

Elle sera pourvue d'un ou plusieurs *fourneaux* suivant l'effectif.

Elle comportera des *annexes :*

Appentis pour l'épluchage et le lavage des légumes, pour le lavage du matériel et de la vaisselle. Une ou plusieurs cuves serviront au lavage ; un dispositif y amènera l'eau froide et l'eau chaude.

Garde-manger, fermé par des toiles métalliques, placé à l'ombre et, si possible, cave fraîche.

Bâtiment ou baraque réservés à la dépense.

Foyer de la Jeunesse. — Une salle spéciale ou une baraque sera réservée pour les heures de repos et les loisirs. Elle sera confortablement et coquettement aménagée, bien éclairée et bien chauffée.

Son ameublement comprendra des tables, des bancs et, si possible, quelques chaises et des fauteuils dits transatlantiques.

Il y aura une bibliothèque, des jeux d'intérieur, un petit magasin vendant des objets usuels et du matériel pour écrire, voire même quelques aliments et des boissons hygiéniques.

Ce sera l'analogue du *Foyer du Soldat* qui était si apprécié des soldats pendant la guerre et dans les garnisons.

Magasin. — Un local dans un bâtiment ou une baraque sera aménagé pour servir de magasin.

Infirmerie. — L'infirmerie sera installée soit dans la maison d'habitation, si la disposition des locaux s'y prête, soit dans une baraque du type de la baraque de logement ; dans un camp, celle-ci sera placée à la lisière, près de l'entrée, pour que l'accès en soit facile.

L'infirmerie comprendra des *locaux de consultation* et des *locaux d'hospitalisation*. En principe, il faut :

Une *salle d'attente*, meublée de bancs ;

Un *cabinet de consultation*, pour le médecin ;

Une *salle de pansements ;*

Plusieurs *chambres* de 1 à 4 lits pour l'hospitalisation des malades, dont certains doivent pouvoir être isolés ;

Une *pièce pour l'infirmière de garde ;*

Un *bureau* pour l'infirmière-chef ;

Des *annexes :* lavabos, salles de bains, petite cuisine, latrines et urinoirs.

L'*ameublement* sera conforme à la destination de chaque pièce. On placera dans le bureau du médecin des armoires fermant à clef pour ranger les documents, les médicaments, le matériel de pansement, les instruments. Parmi les instruments prendra place un autoclave.

Une grande armoire ou une petite baraque hermétiquement close pourra servir d'étude à désinfection par le formol ou à désinsectisation par le soufre.

Bains-douches. — Des bains-douches seront installés auprès de l'infirmerie qui en assurera le fonctionnement, soit dans un bâtiment, soit dans une baraque, aménagés à leur usage.

L'installation comprendra la *salle de douches*, avec une ou plusieurs pommes d'arrosoir suivant l'effectif, une petite salle voisine où est le réservoir d'eau chaude et l'appareil de chauffage, pourvu d'une adduction d'eau, une *salle d'habillage*, avec des patères pour accrocher les vêtements, des planches pour placer les chaussures et des escabeaux pour s'asseoir, une *salle d'attente*.

Logement des chefs et du personnel. — En principe, ils logeront dans les chambres de la maison principale ou dans une baraque spéciale divisée en chambres pourvues de lavabos. Ils disposeront d'une salle à manger.

Le bureau du chef du groupement et le bureau de l'administration seront installés dans la maison d'habitation.

Lavoir. — Un lavoir sera installé à la limite du Centre ; l'adduction et le départ de l'eau y seront assurés. S'il existe une rivière dans le voisinage du camp on pourra le placer sur la berge.

Il sera recouvert d'une toiture et aura, en annexe, un hangar pour le séchage du linge.

Local pour l'éducation physique les jours de mauvais temps.

Ateliers. — Les locaux où ils sont installés doivent être suffisamment grands, clairs, bien aérés, chauffables pendant l'hiver.

Latrines. Urinoirs. — Les latrines ou fosses d'aisance consistent en des fosses rectangulaires, profondes, recouvertes d'un plancher percé d'orifices. On les recouvre d'une toiture et on dispose des cloisons entre les orifices.

Les *urinoirs* consistent en une plaque de tôle, badigeonnée avec de l'huile lourde de houille, placée au-dessus d'un puisard.

Ces installations doivent être situées loin des points d'eau. Elles sont réparties dans le Centre, les latrines loin des locaux, les urinoirs dans leur voisinage.

Dépotoir. Four à incinérer. — Un terrain qui sert de dépotoir est réservé à la lisière du Centre, du côté opposé à celui d'où viennent les vents régnants, pour éviter que les mauvaises odeurs s'y répandent.

Les ordures, rassemblées dans des caisses métalliques avec couvercle, sont portées au dépotoir, matin et soir.

On construit sur le terrain un **four à incinérer** où sont brûlés les détritus organiques. Les détritus qui ne sont pas combustibles sont enfouis profondément.

*
**

Tels sont les *principes généraux* qui doivent présider à l'organisation d'un **Centre rural pour la Jeunesse** et les *modalités pratiques* de réalisation. Le choix de l'emplacement et l'aménagement ne peuvent être décidés dans un bureau. Ils ne peuvent l'être que par une étude attentive, faite sur place par des hommes compétents parmi lesquels le médecin a sa place. De même les travaux d'aménagement doivent être exécutés par des chefs et des ouvriers compétents.

Les groupes de jeunes gens qui viennent occuper un Centre doivent le trouver tout prêt, en état de fonctionner. Ils doivent y trouver toutes les facilités pour y vivre dans des conditions d'hygiène et de confort nécessaires à la santé. Le médecin doit constamment exercer son action dans tous les domaines.

II. FONCTIONNEMENT D'UN CENTRE

Envisageons donc, du point de vue médical, le fonctionnement d'un Centre rural.

Le médecin, tout d'abord, doit bien connaître les *jeunes gens* dont il aura à s'occuper, *jeunes hommes* ou *jeunes filles*, suivant les Centres.

La Jeunesse

La *Jeunesse* est la dernière période de la phase de croissance de l'individu. Elle commence à l'achèvement de la puberté. La croissance staturale devient faible et bientôt s'arrête ; son arrêt marque le début de l'âge adulte. Les autres accroissements continuent un peu plus longtemps. La sexualité s'épanouit et la fonction génésique ou de reproduction se perfectionne, jusqu'au moment où le sujet devient *nubile*, c'est-à-dire apte à la reproduction. L'intervalle compris entre l'achèvement de la puberté et la nubilité, la *période internubilo-pubertaire*, qui dure environ trois années, correspond à la jeunesse.

Dans le **sexe masculin**, la jeunesse s'étend, en moyenne, de la dix-huitième à la vingt-et-unième année, de 17 ans et demi à 20 ans et demi. En trois années, la *taille* du jeune homme s'allonge de 2 cm. et souvent gagne encore quelques millimètres jusqu'à 23, 24, 25 ans ; son *poids* augmente de 8 ou 9 kg., son *périmètre thoracique xiphoïdien* de 4 cm. ; sa *corpulence* augmente et cette augmentation se traduit par une diminution de 9 du *coefficient de Pignet*.

Les *os* s'épaississent, s'enrichissent en matières minérales, deviennent plus denses et plus résistants ; leurs épiphyses se soudent. Les *muscles* grossissent et acquièrent de la force. L'accroissement du poids est dû beaucoup plus à celui du squelette et surtout des muscles qu'à celui de la graisse.

Dans le **sexe féminin**, la puberté s'achève dans la seizième année, deux ans plus tôt que dans le masculin. Par suite, la jeunesse commence deux ans plus tôt que chez le garçon ; elle se termine également plus tôt, pendant la dix-neuvième année. C'est à cet âge également que s'achève la *période internubilo-pubertaire*, que la jeune fille est *nubile* devient une femme.

A partir de 18 ans, la *croissance staturale* devient très faible ou même nulle, le *poids* et le *périmètre thoracique* s'accroissent à peine, la *corpulence* n'augmente guère et le *coefficient de Pignet* reste à peu près fixe.

Les *os* des filles restent plus grêles, moins denses, moins solides que ceux des garçons ; leurs *muscles* s'accroissent moins, sont plus minces et moins forts. Par contre, leur *tissu adipeux* se développe davantage.

Ces données générales ont des **conséquences pratiques.**

Pour le *jeune homme*, on a eu raison de fixer à 17 ans l'âge d'admission dans les *Centres ruraux de la Jeunesse*. Avant cet âge, les garçons ne sont pas des jeunes gens ; ils sont dans cette période intermédiaire à l'enfance et à la jeunesse, qui est la *période de la puberté* et s'étend de 14 ans et demi à 17 ans et demi.

Pour la *jeune fille*, la limite d'âge de l'admission pourrait, sans inconvénient, être abaissé à 15 ans.

D'autre part, dans les méthodes d'éducation et de travail, pour les buts à fixer, il ne faut pas appliquer des théories qui avaient cours, assimiler le jeune homme et la jeune fille. Les organisateurs des *Centres féminins de la Jeunesse* ont heureusement évité cet écueil.

J'envisage évidemment des **moyennes.** Il ne peut en être autrement quand on s'occupe des collectivités. Mais il ne faut pas oublier que de nombreux sujets s'écartent de ces moyennes dans une mesure parfois très grande. Il y a des *précoces* et des *retardés*, des *forts* et des *chétifs*, des jeunes gens qui jouissent de la *santé*, d'autres qui en sont privés et même sont malades. Les *aptitudes*, les *goûts*, les *tendances* sont très divers. Chaque être humain possède son *individualité* et il faut en tenir compte (1).

(1) Pierre Nobécourt. Individualité et éducation. *Journal des Praticiens*, 4 mai 1940.

Somme toute, sans tomber dans une exagération qui empêcherait tout groupement et serait préjudiciable à la Société, certaines *discriminations* s'imposent dans l'intérêt des *Centres* et des jeunes gens.

Un *examen médical* doit précéder l'admission dans les Centres de la Jeunesse.

Examen médical avant l'admission dans un Centre

Avant leur admission dans un Centre, les jeunes gens doivent être soumis à un examen médical qui a pour objet l'*appréciation de leur état physique* et le *dépistage des maladies*.

Le médecin procède à l'inspection générale du corps, aux mensurations de la taille, du poids, du périmètre thoracique xiphoïdien en inspiration et en expiration maxima, au calcul des rapports du poids à la taille, du périmètre thoracique à la taille, du coefficient de Pignet, à l'examen du squelette et des muscles. En comparant ces diverses données, il obtient une estimation approximative des **aptitudes physiques**, qui permet de classer les jeunes gens en *très bons*, *bons*, *moyens*, *médiocres*. Ces derniers seront signalés au chef du Centre et l'objet d'une surveillance spéciale. Les *mauvais* ne seront pas admis.

Pour certains candidats, un **examen mental** sera nécessaire.

Le **dépistage des maladies** est poursuivi suivant les méthodes habituelles de la clinique. L'examen porte sur tous les organes et appareils. Des lésions légères, qui ne causent pas de troubles fonctionnels, n'entrainent pas toujours le refus ; il peut en être ainsi pour les cardiopathies.

La *tuberculose* sera recherchée avec une attention particulière dans l'intérêt du malade lui-même, qui doit se soigner, et des autres jeunes gens, qu'il pourrait contaminer. S'il existe la moindre suspicion, on fait un examen radiologique (radioscopie et radiographie) du thorax.

A l'arrivée au Centre, le médecin fera un nouvel examen et mettra les suspects en observation. Il pratiquera des **réactions cutanées à la tuberculine**; à 17 ans, les *réactions positives* sont banales et ne suffisent pas à caractériser les *tuberculoses actives*, seules à retenir ; mais on sait que les jeunes gens ayant des *réactions négatives*, qui ne sont pas immunisés par une première infection, sont prédisposés à contracter la tuberculose.

Pendant le fonctionnement du Centre, le médecin doit s'occuper de l'*hygiène*, de l'*alimentation*, de l'*exercice* et du *travail manuel*, du *repos* et des *loisirs*, de la *protection de la santé*, des *soins aux malades*.

Hygiène

L'hygiène est *générale* ou *collective* et *individuelle*. L'une et l'autre se résument dans la *propreté* ; celle-ci est une condition essentielle de la santé physique et de la santé morale. Le *Centre de la Jeunesse* doit être une *Ecole de propreté*.

Hygiène générale. — Le terrain, les chemins, les locaux, les cuisines, les ateliers, les latrines, les urinoir, etc., sont nettoyés chaque jour. Les ordures, recueillies dans des boîtes métalliques à couvercle, sont conduites, matin et soir, au dépotoir ; là, suivant leur nature, elles sont incinérées ou enfouies.

La propreté des locaux est assurée par leurs *occupants ;* celle des lieux publics par une *équipe sanitaire*, renouvelée chaque semaine pour que tous les jeunes en fasse partie par roulement ; en faire partie ne doit pas être considéré comme une punition.

La surveillance de l'*eau potable* sera régulière. On veillera à la protection des points d'eau contre les souillures. Un laboratoire spécialisé doit venir faire, tous les deux ou trois mois, des prélèvements de l'eau pour l'analyse chimique et bactériologique. Si l'eau est contaminée, le médecin installera la verdunisation.

Les *appareils de chauffage* seront installés en temps voulu. Le médecin vérifiera de temps en temps leur fonctionnement pour éviter les intoxications par l'oxyde de carbone.

Hygiène individuelle. — Le médecin veillera à la *propreté du corps*. La *toilette* aux lavabos, matin et soir, le *brossage des dents*, le *lavage des mains* après l'exercice et le travail manuel avant les repas, seront obligatoires.

Les équipes seront conduites aux *bains-douches*, une ou deux fois par semaine, à des jours et heures fixés par le chef du Centre. Leur entretien et leur fonctionnement seront assurés par le personnel de l'infirmerie sous la direction du médecin.

Lavage du linge et des vêtements. — Chaque équipe aura la disposition du *lavoir* suivant un horaire fixé par le chef du Centre.

La **propreté individuelle** témoigne du bon esprit d'une équipe et contribue à l'entretenir. Il appartient aux chefs et au médecin d'y veiller.

Alimentation

L'alimentation doit être l'objet d'une attention particulière. Elle doit être *suffisamment abondante* et *bien équilibrée* pour couvrir les besoins d'un organisme jeune, encore en voie d'accroissement, principalement par la formation de tissu osseux et de tissu musculaire (j'envisage surtout le jeune homme), qui mène une vie active au grand air et s'adonne à l'exercice, tous facteurs de faim et d'appétit. Les aliments doivent être *sains* et *bien préparés*.

J'emprunte les données suivantes aux rapports présentés à l'*Académie de Médecine*, au nom de la Commission de l'alimentation par Léon Binet (1) et par F. Rathery (2).

Il est difficile de préciser les rations théoriques, car les physiologistes et les médecins ne sont pas d'accord à leur sujet.

Pour le **jeune homme** on peut adopter la *ration calorique*, qui, d'après Léon Binet, convient à un travailleur manuel exécutant un travail moyen : 3.200 à 3.500 *calories utiles*, soit 3.500 à 3.800 *calories brutes*.

Les *principes alimentaires* seront dans les proportions suivantes : pour 3.200 calories utiles :

Glucides........	500 gr.,	soit	2.000	calories utiles
Lipides.........	90	—	800	—
Protides........	100	—	400	—

Les *aliments* seront empruntés au *règne animal* et au *règne végétal*. Les végétaux sont plus ou moins riches en glucides et tout particulièrement les graines de céréales et de légumineuses amylacées qui donnent le pain, les pâtes alimentaires, les pommes de terre, sans oublier le sucre ; certains (farineux, féculents) contiennent une quantité notable de lipides et de protides, Le lait, le beurre, la crème, les œufs, la viande contiennent des lipides, des protides et certains (lait) des glucides ; les protides animales contiennent notamment les acides aminés nécessaires à l'accroissement des tissus. En principe, d'après Le Noir et Charles Richet, les protides doivent être, en parties égales, animales et végétales. La viande est utile ; elle paraît favorable au muscle ; la ration doit être d'environ 200 gr. par jour.

Il ne faut pas oublier le *phosphore*, qui paraît jouer un rôle dans l'activité musculaire, le *calcium* pour la constitution de l'os, le *chlorure de sodium*, dont la déperdition augmente avec la transpiration, les *vitamines* et notamment B_1, qu'on a pu appeler la *vitamine musculaire*, parce qu'elle intervient dans l'exercice physique et la prévention de la fatigue.

Pour la **jeune fille**, qui a une taille, un poids, un périmètre thoracique inférieurs à ceux du jeune homme, il est généralement admis, comme pour la femme, que ses *besoins alimentaires* sont moindres que ceux du jeune homme ; ils en sont approximativement les 4/5e. Si on accorde à l'homme un coefficient de 1, le coefficient est pour la femme 0,80. La ration de 3.200 à 3.500 calories utiles accordée au jeune homme serait donc, approximativement, de 2.600 à 2.800 calories.

(1) Léon Binet. La ration alimentaire du travailleur manuel. *Académie de Médecine*, 12 novembre 1940.

(2) F. Rathery. L'éducation physique et les besoins alimentaires, *Académie de Médecine*, 18 février 1941.

Mais, pour les **deux sexes**, les rations théoriques ne doivent pas être trop strictes ; elles servent de base pour le ravitaillement du Centre et rien de plus. Les jeunes gens, comme les enfants, doivent pouvoir satisfaire leur faim et manger à leur appétit.

En tout cas, il importe de rappeler avec F. Rathery « la nécessité de proportionner l'exercice physique à la ration alimentaire », que « tout exercice musculaire exige une ration alimentaire supplémentaire et l'importance de cette ration est fonction directe du travail fourni ».

Il faut tenir compte de cette notion et réduire l'exercice, s'il est impossible de fournir la ration alimentaire indispensable.

Il ne suffit pas de distribuer aux jeunes gens une ration alimentaire suffisante et équilibrée. Deux autres conditions doivent être remplies.

Les **aliments** doivent être de *bonne qualité* et *sains*. Leur réception doit être faite par une personne compétente et sous la surveillance d'un chef pour éviter les fraudes.

Les **mets** doivent être bien préparés et variés. Il faut une *cuisine* bien installée, un *cuisinier* ou une *cuisinière de profession*, qui appartiennent au personnel permanent du Centre. Ceux-ci pourront d'ailleurs être des *moniteurs* pour les jeunes gens qui devraient, à tour de rôle, faire un stage à la cuisine et leur serviront d'aides.

Le médecin doit avoir, dans ses attributions, le contrôle de l'alimentation des jeunes gens et s'assurer par des visites fréquentes qu'elle est correcte.

Exercice et travail manuel

L'exercice est en honneur dans les *Centres ruraux de la Jeunesse* et à juste titre.

L'exercice (1) est la fonction naturelle du système musculaire. Il est particulièrement *utile* à cette période de la vie où le muscle s'accroît et il est une des conditions essentielles de cet accroissement ; le muscle qui ne s'exerce pas reste grêle.

Pratiqué dans de bonnes conditions, l'exercice a des *effets favorables*, les uns *immédiats*, les autres *tardifs*, sur le fonctionnement des organes, la nutrition, l'accroissement du corps. Pratiqué sans discernement, il est souvent *nuisible* et peut avoir des conséquences fâcheuses.

Il doit donc être *organisé méthodiquement*, suivre une *progression* réglée d'après *l'âge* et les *possibilités* de l'organisme ; celles-ci sont différentes pour le *jeune homme* et la *jeune fille*. J'ai indiqué ci-dessus les particularités de leur constitution, d'où découlent les conséquences suivantes.

Chez le **jeune homme**, on peut augmenter progressivement la part de l'effort et de la force musculaire qui, jusqu'à l'achèvement de la puberté, ne devaient pas être recherchés. Toutefois, il faut éviter l'exagération, car les épiphyses ne sont pas toutes soudées et l'ossification de la colonne vertébrale n'est pas encore achevée dans la dix-neuvième année.

Chez la **jeune fille**, l'exercice ne doit pas avoir pour objectif de développer la force ; il doit surtout lui procurer l'agilité, la souplesse, l'équilibre des fonctions ; d'autre part, en vue de la maternité future, il doit favoriser le développement des muscles de l'abdomen et du bassin.

Il ne faut pas rechercher une spécialisation athlétique, sauf pour certains jeunes hommes particulièrement doués et sélectionnés, jamais pour la jeune fille.

Il ne faut pas craindre la fatigue, à la condition qu'elle ne dépasse pas un certain degré, qu'elle soit facilement réparable par le repos de la nuit. La fatigue prolongée et répétée conduit au *surmenage permanant* ou *chronique* qui est une véritable maladie. Un effort trop intense et disproportionné avec la capacité du sujet peut provoquer un *surmenage aigu*, dont les conséquences sont souvent sérieuses.

(1) Pierre Nobécourt. L'exercice chez les enfants et les jeunes gens : I. Ses possibilités et ses objectifs suivant l'âge et le sexe. Son abus et le surmenage physique. II. Ses modalités. Education physique. Exercice usuel. Jeu. Gymnastique. Sport. Travail manuel. *Gazette des Hôpitaux*, 112e année, nos 83-84, 85-86, 89-90, 18-21 et 25-28 octobre, 8-11 novembre 1939.

Pour que l'exercice soit utile, il doit être exécuté avec *bonne volonté* et *énergie*, il doit être *attrayant ;* exécuté par ordre, sans l'intervention de ces facteurs psychiques, il n'a pas d'efficacité.

Les *professeurs* et les *moniteurs d'éducation physique* dans les *Centres de la Jeunesse* doivent se conformer à ces directives.

Modalités de l'exercice. — Les diverses modalités de l'exercice trouvent leur place dans les *Centres ruraux de la Jeunesse*. Ce sont : le *jeu* et le *sport*, la *gymnastique*, le *travail manuel*.

A. Je m'occupe d'abord du jeune homme.

Jeu et Sport. — Le jeu et le sport ont des points communs ; la limite qui les sépare est conventionnelle. La *compétition*, donnée comme un des caractères du sport, se rencontre dans beaucoup de jeux.

La *marche* est un bon exercice, surtout vers la fin de la jeunesse. On la fait d'abord sur route, puis en terrain varié, d'abord sans charge, puis avec une charge croissante.

La *course* est l'élément principal de beaucoup de jeux : jeu de poursuite, jeu de barres, jeu de ballon, etc. Envisagée comme sport — course de vitesse sur 400 mètres, course de demi-fonds sur 1.000 à 2.500 mètres, course de fond, sur plusieurs kilomètres — elle demande une sélection, sévère et un entraînement méthodique ; elle expose au surmenage aigu.

On rend intéressante la marche et la course en en faisant des jeux : chasse à l'homme, rallye-paper, etc.

Le *saut* — en longueur, en hauteur, à la corde, à la perche, de pied ferme et avec élan et alors associé à la course — est un bon exercice, qui fait travailler tous les muscles.

Les *jeux de ballon* sont très recommandables.

S'il est possible, on pratique le *cyclisme*, l'*aviron*, la *natation*, *l'équitation*, l'*escrime*, la *boxe*.

Gymnastique. — La gymnastique est l'application à l'éducation physique de la science des mouvements.

Le nombre de ses *méthodes* témoigne de la multiplicité des problèmes qu'elle pose et de la difficulté de les résoudre. Elle comporte des *exercices d'assouplissement*, des *mouvements*, des *exercices respiratoires*, des *exercices aux agrès*.

Ses *objectifs principaux* sont :

1° L'accroissement de la fonction respiratoire par l'ampliation du thorax, le développement harmonieux du corps, la correction et la souplesse des mouvements, l'éducation du système nerveux en cultivant les facultés d'attention, de direction, la volonté, la vivacité d'exécution.

2° L'accroissement de la force musculaire, en ayant soin de faire travailler tous les groupes de muscles.

3° Le développement de l'agilité et de l'adresse par des exercices appropriés et la gymnastique aux agrès.

Travail manuel. — Dans les Centres ruraux, il consiste principalement dans le jardinage, l'arboriculture, la culture, le défrichement, le terrassement, l'entretien des routes et des chemins, l'abattage et la plantation des arbres, les métiers de charpentier, de menuisier, de forgeron, etc. Le Centre est une école d'*apprentissage* et d'*éducation professionnelle*.

B. Pour la jeune fille, il faut faire un choix entre les méthodes d'éducation physique, d'après les directives données ci-dessus.

Jeu et Sport. — Les jeux et les sports qui demandent de la force et de la vigueur ne sont pas indiqués. On recommande ceux qui développent l'adresse et la souplesse : tels les *jeux* de raquettes. On peut autoriser la *marche*, la *course*, le *cyclisme*, la *natation*, divers *jeux de ballon*. Il faut interdire les compétitions sportives, qui nécessitent des efforts trop grands, défavorables à l'organisme féminin.

Gymnastique. — Il faut éviter les exercices qui ont pour objet le développement de la force musculaire, la gymnastique aux agrès qui concentre le travail sur la partie supérieure du corps et néglige la partie inférieure, importante pour la maternité, qui nuit à la correction des formes féminines.

A la jeune fille convient la gymnastique qui développe l'agilité et la souplesse, connue sous les appellations de *gymnastique rythmique*, *gymnastique harmonique*, *gymnastique d'assouplissement*.

Travail manuel. — Les professions féminines ne comportent pas d'exercice comparable à celui des professions masculines. Dans une exploitation agricole, la jeune fille ne doit pas faire des gros travaux ; elle s'occupe de la laiterie, du poulailler, de la cuisine, de la maison. Bien que souvent fatiguant, le *travail ménager* n'est pas un véritable exercice.

L'exposé précédent montre que l'*intervention du médecin* a constamment à s'exercer, à propos de l'exercice ; il doit en régler les indications individuelles et en surveiller les effets en collaboration avec le professeur et les moniteurs d'éducation physique.

Sommeil, repos et loisirs

Le temps réservé au sommeil, au repos et aux loisirs sera d'autant plus long que l'exercice sera plus fatiguant.

Loisir, repos, ne veulent pas dire inaction, mais c'est un moment de liberté qu'on utilise à son goût et non au commandement. Le jeu, qui est un exercice, peut occuper un loisir, si les joueurs sont libres.

Le *Foyer de la Jeunesse* rendra un grand service pour les heures de repos et l'occupation des loisirs. Il faut qu'il soit tenu par une *Directrice*, consciente de l'importance de ses fonctions, qui pourrait appartenir à une *Association des Foyers de la Jeunesse*, chargée de leur organisation et de leur gestion.

On donnera au *Foyer*, des conférences, des fêtes, des séances de cinématographe, etc.

Protection de la santé

Protéger la santé des jeunes gens est la grande préoccupation du médecin.

L'âge, les conditions défectueuses d'existence des jeunes chômeurs, auxquels les Centres sont destinés, la vie en commun, prédisposent les jeunes gens des Centres aux maladies et particulièrement aux maladies infectieuses et à leur diffusion.

La surveillance médicale doit s'exercer par les *consultations quotidiennes* auxquels les jeunes gens se rendront soit spontanément, soit à l'instigation de leurs chefs et par des *examens trimestriels* obligatoires.

Les dispositions prises pour l'*installation* et le *fonctionnement du Centre* contribueront grandement à la conservation de la santé.

Des mesures prophylactiques seront prises contre les maladies.

Maladies infectieuses. — A l'arrivée au Centre, on procédera à la *vaccination antivariolique* et à la *vaccination* par le vaccin mixte antitypho-paratyphique, antidiphtérique et antitétanique.

En cas de diphtérie, de rougeole, de grippe, etc., on prendra les *mesures d'isolement*, etc.

Il est nécessaire qu'une liaison soit établie entre le Centre et un *laboratoire de bactériologie*.

On préviendra les maladies transmissibles par l'eau en distribuant une bonne *eau potable*.

Tuberculose. — Nous avons vu les précautions prises avant l'admission au Centre. Une surveillance attentive des jeunes gens, notamment par des pesées régulières, sera nécessaire surtout pendant les trois ou quatre premiers mois, période d'adaptation à une existence nouvelle.

Il ne faut pas oublier les maladies vénériennes et l'alcoolisme. C'est en dehors du Centre que leur prophylaxie doit s'exercer ; celle-ci doit s'intégrer dans le cadre général de la lutte contre ces fléaux sociaux. Le médecin et le chef du Centre doivent demander aux autorités de prendre les mesures qu'ils jugent nécessaires.

La création de nouveaux *débits de boissons* dans le voisinage du Centre sera interdite (1). Les débits existant auront l'interdiction de vendre des boissons alcooliques aux jeunes gens et le chef du Centre aura le droit d'interdire à ceux-ci l'entrée dans l'établissement. Leur personnel féminin, qui se livre souvent à la prostitution clandestine, sera surveillé.

Les cultivateurs qui emploient les jeunes gens et qui, dans certains pays, sont des *bouilleurs de cru*, devront s'engager à ne pas leur donner d'alcool.

Dans le Centre, la boisson donnée aux repas sera l'eau, et suivant les régions, le vin, le cidre, le poiré, la bière en quantité modérée.

La meilleure méthode prophylactique consiste dans l'*éducation antialcoolique* et l'*éducation de la sexualité* (2), basées sur l'*éducation morale*.

Le médecin sera appelé à donner des conférences sur ces questions ; il insistera sur le bienfait, pour la santé physique et morale, du *mariage jeune* et de la *vie familiale*.

Soins aux malades

Les malades sont soignés à l'Infirmerie, les uns à la *Consultation*, les autres dans les chambres d'*Hospitalisation*, conformément aux règles habituelles de la pratique médicale.

Une liaison sera établie avec un *hôpital* pour l'évacuation des grands malades, et avec un *Centre de diagnostic* pour l'examen des suspects de tuberculose.

Il importe, en outre, qu'un *dentiste* vienne régulièrement donner des consultations.

Le personnel doit comprendre :

1° Un **médecin**, chef du service médical. Suivant l'importance du Centre, il y aura un *médecin résidant* pour le Centre ou un médecin chargé d'un *groupe de Centres*. Dans cette dernière éventualité, il fera chaque jour une visite dans un ou plusieurs Centres ; un moyen de transport lui sera attribué.

2° Un **étudiant en médecine** ayant au moins douze inscriptions qui serait appelé à faire un stage dans le Centre.

3° Une **infirmière diplômée**, et, si l'importance du Centre le mérite, une ou plusieurs adjointes.

4° Un **infirmier** chargé du gros ouvrage et des bains-douches.

* * *

Le rôle du médecin dans les *Centres ruraux de la Jeunesse* est de première importance. Il ne consiste pas seulement dans les soins donnés aux malades, auquel cas on pourrait s'adresser au médecin du village voisin. Il a des attributions très étendues, qui comportent l'hygiène collective et individuelle, la surveillance régulière de la santé des jeunes gens, la prophylaxie des maladies. Il semble donc qu'il devrait être un médecin de carrière relevant de la direction de la santé au Secrétariat général de la santé.

Il importe, dans l'intérêt de la santé des jeunes gens, que le médecin et le chef du Centre aient une collaboration confiante. Pour qu'elle s'exerce, il faut que les chefs soient informés, au moment de leur formation, de l'importance de l'hygiène et des mesures propres à assurer la santé. Du reste, dans les instructions données aux chefs sur leurs responsabilités on leur enseigne « quel soin exige la santé du garçon » (3).

---

(1) La *loi du 4 novembre 1940* relative à la nouvelle réglementation applicable aux délits de boissons mentionne les « organismes publics créés en vue du développement physique de la jeunesse ».

(2) Pierre Nobécourt. Sexualité et éducation : I. L'éducation des garçons et des filles. II. Education de la sexualité et de la fonction génésique (Education sexuelle). *Gazette des Hôpitaux*, 113e année, nos 23-24 et 27-28, 20-23 mars et 3-6 avril 1940.

(3) *Secrétariat général de la Jeunesse.* Documentation no 2 B. Centres de chefs et moniteurs de la Jeunesse.

CHRONIQUE

Les Sciences et les Humanités

Il a toujours été admis, tant au moins que les idées furent déterminées et dominées par la saine raison, que l'éducation classique était indispensable à tous ceux qui se destinaient aux études et travaux scientifiques.

Cependant, au cours des dernières décades, certains ont vu « volontiers dans leurs origines primaires je ne sais quel titre de gloire démocratique et comme une lointaine promesse de députation ». D'autres, qui ne pouvaient se targuer d'une telle origine, mais poursuivaient les mêmes buts, n'hésitaient pas à renier les avantages dont ils avaient bénéficié et s'employaient de leur mieux à les condamner et à en frustrer autrui.

Aujourd'hui on est revenu de ces erreurs et certainement la suppression des profits escomptés contribuera à calmer bien des ardeurs. Cependant, comme il faut toujours craindre des fluctuations d'opinion, on peut utilement rappeler ce qu'avec toute l'autorité qu'il tenait de sa valeur scientifique exceptionnelle, disait Henri Poincaré dans une plaquette publiée vers 1910, sous les auspices de la Ligue pour la culture française.

Les Humanités, déclarait-il, exercent l'esprit d'analyse, développent l'esprit de finesse et nous élèvent au-dessus des vulgarités de la vie utilitaire, toutes choses qui sont bien indispensables aux savants.

Il y a deux méthodes pour exercer l'esprit d'analyse : l'une utilise le procédé long et fastidieux de l'analyse grammaticale, l'autre, par le thème et la version appliqués aux langues anciennes est plus rapide et familiarise insensiblement l'élève avec les nuances délicates du langage.

La première n'est, au reste, jamais assez poussée et son insuffisance apparaît à toute occasion. Henri Poincaré cite un exemple bien caractéristique : M. Vacquant, Inspecteur général de l'Instruction Publique pour les mathématiques, ne put, dans une classe de l'enseignement moderne, faire comprendre à des élèves l'importance de la confusion qui s'était établie, au cours d'un interrogatoire, à propos de la démonstration d'un théorème, entre les deux formules « qui multiplie » et « que multiplie » ; cette confusion les faisait aboutir par l'impropriété des termes à l'inverse de ce qu'ils cherchaient à démontrer ; et l'inspecteur concluait que rien de pareil n'aurait pu arriver dans une classe de lettres.

Dans toutes les branches de la science, il importe que la façon de comprendre ne soit pas celle de l'enfant, qu'une phrase ne soit plus un bloc, un tout, mais que l'on y discerne « le rôle des divers mots et les multiples nuances qui naissent de leurs flexions et de leurs rapports, que l'on distingue tout cela sans effort et comme par une longue habitude ». Et l'auteur conclut : « Pesez quel profit on tire d'un thème d'une page et estimez, d'autre part, combien de feuilles de papier il aurait fallu noircir si l'on avait voulu faire l'analyse grammaticale de ce même thème. Cela permet de comparer le *rendement* des deux méthodes. C'est donc la pratique du thème et de la version qui nous apprendra à comprendre véritablement le sens des phrases et nous rendra par là aptes à nous en servir dans les raisonnements ». Et ce rôle est particulièrement profitable avec les langues anciennes « à cause de la richesse de leurs flexions, les inversions fréquentes qui bouleversent l'ordre des mots ».

Ce n'est évidemment pas pour parler le latin comme si on avait à « demander son chemin à un contemporain de Cicéron dans un carrefour de Suburre » qu'on apprend cette langue. On ne saurait non plus envisager, pour les savants, le français à la manière dont on le parle au café : le but est de développer l'esprit analytique et d'acquérir la pleine intelligence et la pleine maîtrise du langage et, pour ce faire, le mieux est d'employer la méthode qui donne le meilleur rendement.

L'esprit de finesse n'est pas moins nécessaire « toutes les fois que l'on veut deviner, d'après des données multiples et incertaines entre lesquelles il faut choisir ». Si l'esprit géométrique « permet de conclure, d'après des prémisses complètes, certaines et bien assises », pour inventer, on ne peut le faire par déduction pure, mais bien par induction. Si bien que ceux qui sont dépourvus de cet esprit de finesse peuvent mettre à point les découvertes des autres, mais ils ne seront jamais de véritables créateurs. Or, « les études littéraires sont merveilleusement propres à nous exercer à l'art de deviner, et le modeste écolier qui fait une simple version, n'a-t-il pas, à chaque instant, en présence de deux sens grammaticalement possibles, à choisir entre les deux et à diviner quel est le bon ? »

Il est également important, si même il ne l'est pas plus, de « ne nous intéresser qu'à ce qui est général, d'aspirer toujours à quelque idéal ». Et, précisément, « c'est au contact des lettres antiques que nous apprenons toujours le mieux à nous détourner de ce qui n'a qu'un intérêt contingent et particulier ».

« Le savant ne doit pas s'attarder à réaliser des fins pratiques : il les obtiendra sans doute, mais il faut qu'il les obtienne par surcroît. Il ne doit jamais oublier que l'objet spécial qu'il étudie n'est qu'une partie d'un grand tout qui le déborde infiniment, et c'est l'amour et la curiosité de ce grand tout qui doit être l'unique ressort de son activité. La science a eu de merveilleuses applications, mais la science qui n'aurait en vue que les applications ne serait plus la science, elle ne serait plus que la cuisine. Il n'y a pas d'autre science que la science désintéressée ». Cet esprit qui doit animer le savant « c'est celui qui soufflait autrefois sur la Grèce et qui y faisait naître les poètes et les penseurs. Il reste dans notre enseignement classique je ne sais quoi de la vieille âme grecque, je ne sais quoi qui nous fait toujours regarder en haut. Et cela est plus précieux pour faire un savant que la lecture de bien des volumes de géométrie ».

Il en est ainsi et encore bien davantage pour les sciences biologiques, et cela d'abord dans la mesure où les biologistes auraient besoin d'être mathématiciens ; mais, en principe et en fait, ils n'ont guère de disposition à aller chercher dans l'étude des mathématiques l'habitude de l'analyse, d'autant que celle « qui est pour nous le fruit de l'étude grammaticale et comparée des langues » leur suffit amplement. Giard, qui fut un de nos meilleurs biologistes demandait que l'on développât chez l'enfant l'esprit d'observation, surtout qu'on ne l'entravât point et il critiquait vivement la part excessive qu'on faisait dans les programmes aux mathématiques. « Pendant longtemps, il y avait au moins une compensation à ce triste état de choses. Au sortir des humanités, le jeune homme possédait une certaine connaissance des langues anciennes, et cela, en dehors d'une utilité morale supérieure, n'était pas sans de sérieux avantages pour le futur naturaliste. Habilement conduites, ces études littéraires pouvaient même fournir à l'esprit de l'apprenti morphologiste une excellente préparation pour ses futurs travaux. L'analyse linguistique révèle bientôt, à une intelligence avertie, ses lois de structure et d'évolution des formes de langage tout à fait comparables à celles qu'on peut déduire de l'observation des êtres vivants ».

Il semble bien qu'à de tels témoignages il n'y ait rien à ajouter.

A. Herpin.

REVUE DES THÈSES

Organisation d'une consultation de proctologie dans un Centre anticancéreux

Par M. le Dr François Bertillon
Assistant de l'Institut du Cancer de la Faculté de Médecine de Paris

(*Th. de Paris* 1940) (1)

Dès 1929, M. Bertillon, travaillant aux côtés de M. Roussy et de Mme Simone Laborde a été amené à reprendre l'étude de la thérapeutique physique du cancer du rectum : c'est ainsi qu'à la consultation spécialisée de proctologie de l'Institut du Cancer, à Villejuif, il a pu, avec M. Maurice Perrot, saisir, dans deux cas, sur des biopsies faites en séries, des témoignages certains d'une action du radium sur un épithélioma glandulaire du rectum. Le recul du temps lui a montré que des guérisons obtenues par le radium se maintenaient pendant plusieurs années, cinq ans dans certains cas, onze ans dans d'autres.

Les résultats si encourageants obtenus à Villejuif justifient amplement l'existence du service de proctologie. Ses services, comme ceux rendus à Saint-Antoine par la consultation de proctologie du regretté Bensaude méritent d'être mieux connus.

C'est ce que s'efforce de faire M. Bertillon en reprenant la question du cancer du rectum au point de vue clinique et au point de vue thérapeutique. Après avoir tracé le plan de fonctionnement de la consultation spécialisée de Villejuif, l'auteur donne des indications précises sur le matériel, l'instrumentation et le mode d'application du radium.

Il insiste sur la collaboration très étroite qui doit exister entre la chirurgie, la radiothérapie et la curiethérapie. Le travail se termine enfin par une bibliographie très complète et ordonnée avec une méthode rigoureuse. Cela n'étonnera pas ceux qui savent que François Bertillon est l'arrière petit-fils d'Achille Guillard, statisticien réputé ; le petit-fils de Louis-Adolphe Bertillon, profession de démographie à l'Ecole d'Anthropologie et fondateur du Service de statistique de la Ville de Paris ; le neveu de Jacques Bertillon, chef du Service de statistique de la Ville de Paris, et d'Alphonse Bertillon, le célèbre fondateur du Service d'identité judiciaire de la Préfecture de police ; le fils, enfin, du regretté Georges Bertillon, président fondateur de la Fédération des Syndicats médicaux de Seine-et-Oise, membre du Conseil de l'Union des Syndicats. Notre confrère François Bertillon a de qui tenir.

F. L. S.

(1) Les Ateliers d'Arts Graphiques, Ed. Paris, 1940.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 13 mai 1941

Rapport général sur le ravitaillement pharmaceutique. — M. Maurice Lœper rappelle les conclusions des rapports de MM. Goris, Guérin et Ramon et du sien propre sur le ravitaillement en produits pharmaceutiques et en produits de laboratoire. Il insiste à nouveau sur les difficultés de ce ravitaillement qui risquent de priver les travailleurs des éléments indispensables à leur travail et les médecins des médicaments nécessaires au traitement de leurs malades. Il recommande aux médecins et aux pharmaciens une stricte économie des produits rares, et leur conseille de limiter leurs ordonnances aux médicaments indispensables, surtout de réduire le volume et les doses au jour même où ces médicaments sont indiqués. Il étudie aussi quelques-uns des succédanés des médicaments rares et les possibilités de leur remplacement. Il demande, enfin, aux Pouvoirs publics de stimuler la synthèse des produits pharmaceutiques, de publier chaque deux mois la liste des médicaments rares ou déficients, d'étendre la culture des plantes médicinales et de rétablir le plus tôt possible les relations avec les pays étrangers ou exotiques et les colonies qui fournissaient une partie des matières premières qui nous font défaut. L'Académie après adoption des conclusions de ce rapport général émet les deux vœux suivants :

Premier vœu : L'Académie de Médecine, considérant que le progrès dans les sciences médicales est à la base de l'état sanitaire du pays et représente l'un des facteurs importants de son relèvement et du maintien de son prestige dans le monde, émet le vœu : qu'une aide effective soit consentie par les Pouvoirs publics aux laboratoires se livrant à la recherche désintéressée et qu'en particulier le matériel indispensable à leur fonctionnement et à l'accomplissement de leur mission soit mis par priorité à leur disposition.

Deuxième vœu : L'Académie de Médecine, considérant, d'autre part, que les difficultés du ravitaillement en médicaments risquent de compromettre le traitement des malades et la Santé publique émet le vœu :

1° Que les Commissions compétentes donnent aussi rapidement que possible leur avis sur les relèvements de prix qui leur sont soumis sur les médicaments nouveaux ;

2° Que les Pouvoirs publics stimulent l'extraction des médicaments de la synthèse des produits thérapeutiques, la culture des plantes médicinales et publient tous les deux mois la liste des médicaments rares ou déficients ;

3° Que le pharmacien s'interdise de donner sans ordonnance à ses clients des médicaments de réserve ou des provisions ;

4° Que le médecin fasse des formules simples, limitées strictement dans leur volume et dans leur dose à une courte période ; qu'il accorde ses prescriptions avec les possibilités que lui signalent les Pouvoirs publics ; qu'il applique chaque fois que possible les médicaments de remplacement et qu'il économise, dès aujourd'hui tous les alcaloïdes, les produits organiques, les huiles, la glycérine, le bismuth, l'ouabaïne et les produits exotiques.

Cardiopathies et fonction de reproduction. — M. A. Couvelaire présente la statistique de la clinique Baudelocque : 470 cas. Accidents sérieux, 30 pour 100, avec 12 morts, dont 2 malgré l'interruption de la grossesse qui a été réalisée 14 fois seulement.

L'extension quasi systématique des avortements dite thérapeutique et, à fortiori, la pratique des avortements préventifs sont injustifiées.

Les indications découlent essentiellement de la progressivité ou de la répétition des accidents lorsque la thérapeutique médicale s'avère impuissante.

Les accidents d'insuffisance cardiaque avec anasarque et stases viscérales généralisées sont moins heureusement influencées par l'évacuation de l'utérus gravide que les accidents gravido-cardio-pulmonaires. La radiologie, l'électro-cardiographie apportent des précisions que ne fournit pas toujours la seule observation clinique.

Au point de vue réalisation technique l'hystérectomie par voie abdominale sous anesthésie localisée est la méthode de choix.

La stérilisation complémentaire par ligature de trompes sans castration paraît justifiée chez certaines multipares à accidents de gravité constante. Elle ne doit pas être pratiquée d'emblée chez la primipare.

Discussion sur cardiopathie et grossesse. — M. A. Brindeau. — Il demeure entendu que les indications de l'interruption de la grossesse sont rares chez les cardiopathes ; elles existent néanmoins ; il faut avoir le courage de le dire et, le cas échéant, de pratiquer cette pénible intervention. Il sera nécessaire, avant de se décider de demander l'avis d'un cardiologue averti et bien outillé. L'intervention étant admise d'un commun accord, elle devra être *purement chirurgicale*, c'est-à-dire le plus souvent sous forme de césarienne abdominale. Si la grossesse est jeune (au-dessous de trois mois), l'évacuation pourra se faire par voie vaginale. Ces différentes interventions devront être pratiquées sous anesthésie locale ou régionale ; parfois, l'anesthésie générale est nécessaire.

Faut-il sectionner les trompes entre deux ligatures pour éviter une nouvelle grossesse ? Si la femme est primipare, à moins que les accidents graves aient été observés antérieurement et se soient aggravés par la gestation, il vaudra mieux ne pas stériliser. Chez les multipares, on se basera sur l'histoire clinique des grossesses antérieures ; elles permettront de juger si les accidents observés sont incompatibles avec une nouvelle grossesse : c'est le plus souvent le cas. Quand il s'agit d'une tuberculeuse, au contraire, comme il est permis d'espérer la guérison, il vaudra mieux ne pas sectionner les trompes.

M. Laubry ajoute quelques remarques à ces deux communications.

La forme acrodynique du syndrome de polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. — MM. Georges Guillain et R. Tiffeneau. — Aux formes cliniques antérieurement décrites du syndrome de polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique (forme spinale, forme mixte spinale et mésocéphalique, forme mésocéphalique pure, forme avec troubles mentaux), il convient d'ajouter une nouvelle forme que nous proposons de dénommer : « La forme acrodynique infantile ». Nous avons observé cette forme clinique chez un jeune enfant hospitalisé à la clinique neurologique de la Salpêtrière pour un ensemble de symptômes qui, à un premier examen, nous avaient fait penser à l'acrodynie : état psychique anormal, paralysie des membres supérieurs et inférieurs, douleurs intenses, abolition de tous les réflexes tendineux, taches érythémateuses et purpuriques des mains et des pieds avec desquamation, tachycardie, hypertension artérielle. L'examen du liquide céphalo-rachidien a modifié notre diagnostic et notre pronostic. Les caractères de ce liquide étaient ceux du syndrome que nous avons décrit avec J.-A. Barré : hyperalbuminose de 2 gr., absence de réaction cellulaire, courbe spéciale de la réaction du benjoin colloïdal. Malgré l'état en apparence très grave, nous avons pu assurer une guérison qui fut complète en cinq mois.

Peut-être certains cas dits d'acrodynie appartiennent-ils au syndrome de polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique, telle une observation de R. Debré, Julien Marie et Messimy où l'on voit une quadriplégie curable avec une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, tels aussi certains cas d'acrodynie à début dit poliomyélitique. Il paraît désirable que soient donnés, dans les observations d'acrodynie avec paralysies des membres, des examens méthodiques et complets du liquide céphalo-rachidien. Sans préjuger de ces recherches d'avenir, l'observation relatée justifie la description de « la forme acrodynique infantile » du syndrome de polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien à pronostic favorable.

Elimination de l'urée suivant l'état de l'équilibre acide-base. — M. Leyritz. — Les constatations cliniques de l'auteur lui permettent de dire que :

1° L'élimination de l'urée à un taux élevé dans les urines ne dépend pas essentiellement du taux de l'urée dans le sang, mais bien de l'état de l'équilibre acide-base ;

2° L'urée est éliminée à un taux beaucoup plus fort dans l'acidose que dans l'alcalose ;

3° La diurèse plus abondante de l'alcalose ne compense pas la faiblesse de la concentration de l'urée des urines dans l'alcalose ;

4° L'alcalinisation fait monter le taux de l'urée du sang.

Election. — M. R. Fabre, professeur de toxicologie à la Faculté de pharmacie de Paris, est élu membre titulaire dans la VIe section (pharmacie) par 61 voix sur 76 votants. M. Choay a obtenu 1 voix ; M. Launoy 1 voix ; M. Leroux 5 voix ; M. Lecoq 1 voix.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES DE MONTPELLIER
(Section de Chirurgie)
Séance du 24 janvier 1941

Tronculite sous-cutanée. — MM. Grynfeltt et Aimes étudient histologiquement un cas de cette curieuse affection appelée tronculite sous-cutanée par Mondor. La jeune malade porte, depuis plus de deux ans, sur la face externe de la cuisse deux cordons indurés constitués par des faisceaux conjonctifs infiltrés par les lymphocytes et des histiocytes avec lésions de vascularité chronique. Ils en rapprochent une petite tumeur sous-cutanée d'aspect analogue, constituée par un bloc de fibrose périlymphatique, qui peut expliquer la nature de la tronculite : inflammation chronique entraînant une inflammation des vaisseaux lymphatiques et sanguins et des troncs nerveux du voisinage et évoluant vers la fibrose.

Deux cas de lymphogranulomatose gastrique primitive traités par gastrectomie étendue. — M. Mourgue-Molines fait connaître le résultat éloigné d'une lymphogranulomatose de l'estomac qu'il avait opérée par large gastrectomie et dont l'observation avait été publiée en 1936, par MM. Rimbaud, Anselme-Martin et Barnay. La malade a succombé deux ans après l'opération à la suite d'une récidive locale.

En juin 1939, l'auteur a enlevé par gastrectomie étendue, chez une femme de 72 ans, une tumeur gastrique avec volumineuse adénopathie que l'examen histologique a montré être une lymphogranulomatose. Vingt mois après, l'opérée est en parfaite santé.

La lymphogranulomatose gastrique est moins rare qu'on ne pense ; il en a été publié une trentaine d'observations. La maladie est prise pour un cancer et le diagnostic n'est précisé que par l'examen histologique.

Rétrécissement (oblitération totale) de l'œsophage à la suite de brûlure par caustique. Reconstitution d'un œsophage anté-thoracique. Présentation de la malade. — MM. Etienne, Lapeyrie, Passebois et Patounas.

A propos de la fermeture du moignon duodénal par simple ligature. — MM. Riche et Auxilloux utilisent dans leurs gastrectomies la fermeture du moignon duodénal par ligature au moyen de deux fils de soie à la manière des moignons d'appendicectomie. Cette technique étudiée expérimentalement par Begouin et Dubourg leur a donné dans 15 gastrectomies toute satisfaction, aucune fistule duodénale n'ayant été observée. Les principaux avantages de ce procédé sont, en dehors de sa simplicité technique qu'il évite les points perforants qui sont à l'origine de l'infection des sutures. De plus, dans les cas de moignons courts avec tissus friables, il peut être appliqué là où d'autres procédés sont en butte à de sérieuses difficultés.

Kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires. — MM. Massabuau et Joyeux. — Observation d'une malade de 20 ans, hospitalisée pour kyste hydatique probable du foie, qui devient bientôt évident par la « débâcle hydatique biliaire » (hydatidémèse et hydatidentérie).

Le volume et la biloculation du kyste nécessitèrent un double drainage opératoire : marsupialisation antérieure par voie transpéritonéale et ultérieurement drainage postérieur transdiaphragmatique. L'écoulement persistant de bile par les plaies et la décoloration des matières paraissaient poser l'indication d'une cholédocotomie. Avant de s'y résoudre, on mit en œuvre le drainage médical des voies biliaires (injection de sulfate de magnésie dans le duodénum par le tube d'Einhorn) : en 10 séances, reprise intégrale du cours normal de la bile et cicatrisation des plaies.

Avortement par injection intra-utérine d'eau savonneuse suivi de syndrome ictéro-azotémique d'allure très grave. Septicémie à Perfringens ou hépato-néphrite toxique? Guérison. — MM. N.-C. Mapeyre, H. Estor, Mlle Porte.

Séance du 7 mars 1941

Plaies atones consécutives aux blessures de guerre des parties molles. — M. H. Billet a observé de vastes plaies atones des parties molles qui, après 6 à 8 mois de traitement, ne sont pas encore cicatrisées.

L'auteur se demande si la cause de ce manque anormal de vitalité ne réside pas dans l'exagération de l'intervention première, pratiquée dans le but de prévenir l'infection de la blessure de guerre, sous prétexte d'épluchage ou d'ébarbage. Des chirurgiens, ainsi que l'auteur a pu l'observer personnellement, ont fait de grandes excisions, véritables exérèses, intéressant largement les masses musculaires. Ils ont ainsi créé dans les parties molles de vastes brèches qui se comblent difficilement et ne parviennent pas à se cicatriser. Il estime qu'il y aura peut-être lieu de reviser soigneusement la technique du traitement chirurgical des plaies de guerre ; peut-être aussi de vérifier l'innocuité, au point de vue de la vitalité des plaies, du saupoudrage des surfaces cruantées avec de la poudre de sulfamides.

Parmi les moyens mis en œuvre pour traiter ces plaies atones les interventions sur le sympathique péri-artériel, les greffes, les résections suivies de suture, ainsi que les divers traitements physiothérapiques, se sont révélés inefficaces. Seuls, les pansements humides, ont donné des résultats satisfaisants ; mais ceux-ci sont très lents et réclament beaucoup de patience, tant de la part des chirurgiens que des blessés.

A propos de l'anesthésie intraveineuse en chirurgie de guerre. — MM. Jean Ginestie, André Delmas et Claude Gros rapportent leurs expériences d'anesthésie intraveineuse en chirurgie de guerre. Cette méthode s'est révélée facile à appliquer, sans danger, et a donné d'excellents résultats au moins au cours des interventions de courte durée.

Dilatation aiguë gastro-duodénale après désarticulation de hanche. — M. Claude Gros. — Syndrome typique de dilatation gastro-duodénale survenant le lendemain d'une désarticulation de hanche pour sarcome chez un sujet jeune. Echec du lavage gastrique. Sédation rapide du syndrome sous l'action d'injections intraveineuses de sérum chloruré à 20 % (70 cm³ en 24 heures).

Observation intéressante par les problèmes qu'elle soulève, tant pour ce qui est de la pathogénie du syndrome que pour ce qui est du mode d'action du sérum hypertonique.

Obstruction du sigmoïde par épiploïte simulant un néoplasme. — MM. Riche, Aimes et Aussilloux rapportent l'observation d'un malade de 35 ans, qui, quelques mois après une cure opératoire de hernie, présenta une tumeur de la fosse iliaque

gauche, avec tous les signes cliniques, radiologiques du néoplasme. Une première opération confirma ce diagnostic et se termina par un anus cœcal. Ultérieurement on put extirper la tumeur constituée par une masse d'épiploïte comprimant le sigmoïde.

Cette observation vient en rappel des travaux de Walther et de la thèse de Hakami sur les occlusions intestinales par épiploïtes chroniques.

Drame abdominal de cause rare. Sphacèle d'un fibrome sous-séreux pédiculé, en transformation kystique. — M. Mourgue-Molines présente une pièce de 4 kg. 600, représentée par un petit utérus, sur le fond duquel s'implante un énorme fibrome, partiellement en sphacèle aseptique et partiellement kystique. La tumeur était probablement nourrie par l'épiploon greffé sur elle et présentant d'énormes dilatations vasculaires.

La tumeur a donné lieu à une crise abdominale aiguë, liée à une abondante hémorragie intrakystique. Par suite des signes cliniques et anatomiques, elle ne pouvait qu'être prise pour un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Lipomatose hypertrophique oblitérante de l'appendice. — MM. A. Aimes et E. Grynfeltt rapportent l'observation d'un appendice excisé au cours d'une cure radicale de hernie inguinale. Il était oblitéré par une masse de tissu adipeux développée aux dépens du tissu conjonctif de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

Les formations épithéliales de la muqueuse se sont résorbées ainsi que la presque totalité du tissu lymphoïde des follicules de la sous-muqueuse. La masse de tissu adipeux est dissociée par un processus de sclérose très important.

Cet appendice très volumineux, dont le diamètre était égal à celui des deux pouces, et donc le siège d'une lipomatose inflammatoire chronique, à rapprocher des scléro-lipomatoses périviscérales et des soi-disant lipomes arborescents des synoviales articulaires.

A propos des radio-nécroses tardives. — M. P. Lamarque rapporte quatre cas de radio-nécrose tardive. Il indique les signes cliniques de cet accident grave qui, presque toujours, est pris pour une récidive de cancer et qui est trop souvent ignoré des médecins. Il insiste sur la thérapeutique qui peut se résumer comme suit : 1° Abstention totale de tout traumatisme, chirurgical, chimique ou physique ; 2° désinfection avec des antiseptiques très doux en solution isotonique.

Un cas exceptionnel d'atrophie osseuse consécutive à une fracture de l'avant-bras. — MM. Etienne, Passebois, Courty rapportent l'observation d'un garçon qui ayant eu une fracture du cubitus réalise, trois ans plus tard, une nouvelle fracture du cubitus et du radius. On découvre sur la radiographie un cubitus séparé en deux segments égaux articulés par une pseudarthrose. Le segment proximal anormalement incurvé. Le segment distal siège de la fracture actuelle, réduit à une mince baguette osseuse. Trois mois après le radius est consolidé, le cubitus est devenu filiforme et il y a une nouvelle pseudarthrose. La radiographie faite trois ans auparavant révélait une fracture du cubitus sans déplacement, mais le radius et le cubitus étaient incurvés et décalcifiés. Il s'agit d'une atrophie osseuse post-traumatique chez un enfant que l'on trouve porteur d'une neuro-fibromatose de Recklinghausen fruste d'ailleurs, avec pigmentation disséminée et gros nœvus tubéreux hypogastrique.

Sur les arachnoïdites opto-chiasmatiques. — MM. Dejean, Ferrié et Fabre rapportent deux cas d'arachnoïde opto-chiasmatique dont un cas opéré par M. Clovis Vincent. Ils insistent sur la quasi exclusivité des signes ophtalmologiques de cette affection : baisse progressive de l'acuité visuelle, rétrécissements du champ visuel, scotome central pour la vision colorée, atrophie optique et les opposent à la pauvreté des signes d'ordre neurologique et humoral.

INFORMATIONS

(suite de la page 386)

Institut d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris. — Examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la marine marchande. — En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au laboratoire d'hygiène sous la direction du professeur Tanon, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du Ministère de la Santé Publique, avec la collaboration de M. le Dr Joannon, agrégé d'hygiène ; M. Lindemann, sous-directeur honoraire au Ministère de la Marine marchande ; M. Roubinet, sous-directeur de l'Etablissement national des Invalides de la Marine ; MM. les Drs Cambessédès, chargé de cours à la Faculté ; Clerc, chef des Travaux de l'Institut d'Hygiène ; Neveu, chef de laboratoire à l'Institut de Médecine Coloniale ; Navarre, sous-directeur de l'Institut d'Hygiène et professeur à l'Ecole de Médecine de Caen.

Le cours durera du 26 mai au 14 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques.

Peuvent s'inscrire à ce cours :

1° Les Docteurs en médecine et par exception les étudiants à scolarité terminée, français et du sexe masculin ;

2° Les Docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, sauf samedis après-midi. Le droit à verser est de 250 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Les calculs de l'uretère, par Pierre Macquet, avec une préface du professeur G. Potel. — Un volume de 190 pages et 22 figures. Prix : 45 francs, chez Masson et Cie, 1939.

Maladie de l'intestin, par R. Bensaude. Série IV : Les hémorroïdes et leur traitement, fissure anale. Prurit anal. Hémorroïdes et angiomes chez l'enfant. Rectocolites, rétrécissements du rectum. Actinomycose ano-rectale, avec la collaboration de A. Cain, A. Lambling, J. Rachet, A. Bensaude, F. Bertillon, Massot E. Sidi. — Un volume de 374 pages avec 97 figures. Chez Masson et Cie, à Paris, 1939. Prix : 90 francs.

Nos 41-42. — 21-24 MAI 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

Chèques postaux : Paris 2538-76

SOMMAIRE

Avis

Ce numéro est entièrement consacré à la répartition du personnel médical des hôpitaux de Paris (1941-42). En raison des circonstances, il ne nous est encore pas possible de faire suivre la répartition de l'index alphabétique habituel. Nous nous en excusons auprès de nos lecteurs.

Les noms laissés en blanc correspondent à des postes non encore officiellement pourvus au moment où nous mettons sous presse.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — HÔPITAL TEMPORAIRE DE LA CITÉ UNIVERSITAIRE. — M. Lenègre, médecin des hôpitaux, de l'hôpital Broussais, est délégué dans les fonctions de chef de service de médecine à l'hôpital temporaire de la Cité Universitaire.

M. Delay, médecin des hôpitaux, remplace M. Lenègre dans les fonctions de chef de service de médecine à l'hôpital Broussais.

Hospices civils de Versailles. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un *chirurgien adjoint* à l'hôpital civil de Versailles, chargé d'assurer les interventions en cas d'urgence et les suppléances des chirurgiens, chefs de service.

Pour se présenter à ce concours, les candidats devront réunir les conditions suivantes : 1° posséder la nationalité française comme étant né de père français ; 2° avoir le diplôme de docteur en médecine, conféré par une Faculté française; 3° être âgés de 30 ans au moins et de 60 ans au plus ; 4° avoir effectué deux années d'internat au moins dans les services de chirurgie des hôpitaux d'une ville siège de Faculté, ou justifier de cinq années d'exercice dans la chirurgie. Pour les candidats ayant été internes en chirurgie dans une ville siège de Faculté, pendant moins de deux ans, le temps d'internat comptera comme exercice de la chirurgie ; 5° être dimiciliés à Versailles ou s'engager à venir habiter cette ville, en cas de nomination.

Les candidats devront, en outre, produire une déclaration sur l'honneur, précisant : *a*) qu'ils n'ont jamais appartenu à l'une des organisations secrètes définies à l'article premier de la loi du 13 août 1940 ou qu'ils ont rompu définitivement avec elles ; *b*) qu'ils ne sont pas juifs, au sens de la loi du 3 octobre 1940.

Les demandes d'admission à concourir, avec titres et pièces à l'appui, devront parvenir à l'Hôpital civil de Versailles (Cabinet du Directeur) avant le 30 mai 1941.

AVIS. — La date d'ouverture de l'examen de fin d'année d'*Anatomie Pathologique* qui était fixée au 10 juin est reportée au 30 juin. L'affichage aura lieu le 25 juin.

Faculté de Médecine de Paris. — *Impression et dépôt des thèses.* — A dater du 1er octobre 1941, chaque exemplaire de thèse, déposé à la bibliothèque en vue de la soutenance, devra, outre la présentation réglementaire de la couverture, du titre, du tableau du personnel enseignant et du permis d'imprimer, être accompagné d'une *feuille annexe sur papier pelure* fixée légèrement à la première page et contenant quatre fois le titre libellé selon les règles en usage et disposé sur une largeur de 5 cm. 1/2 et une hauteur de 5 cm.

Le texte comprendra : LIGNE 1 : *Nom de l'auteur :* en majuscules, corps 9 gras et *prénoms*, entre parenthèses, à la suite du nom, en minuscules, corps 9 gras.

LIGNE 2 : *Titre* au complet, suivi de l'*adresse bibliographique :* lieu d'édition, nom d'éditeur ou d'imprimeur, année, format, nombre de pages y compris les pages blanches ou imprimées non chiffrées jusqu'au permis d'imprimer ou à la marque de l'éditeur en tenant compte des préfaces ou appendices en chiffres romains (ces chiffres étant séparés par le signe +) et enfin des figures dans le texte, des planches et des cartes hors texte (en caractères romains).

DERNIÈRE LIGNE : Mention « *Thèse de Médecine* » (Etat ou Université), *Paris, l'année de soutenance, le numéro d'ordre de soutenance* (entre parenthèses, caractères italiques).

Pour éviter toute erreur, le libellé de ce texte sera soumis au

bibliothécaire, qui fera les corrections nécessaires et donnera son visa, daté et signé, sur le bon à tirer.

(Décision de M. le Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale et à la Jeunesse, en date du 2 avril 1941).

MM. les Candidats au doctorat sont informés que les exemplaires de thèses non conformes à ces instructions ministérielles seront refusées au moment du dépôt à la bibliothèque.

Concours de l'Adjuvat. — Jury : Président M. le Professeur Ombrédanne, MM. Rouvière, Olivier, Binet, Lenormant, Mathieu, Mocquot.

Composition écrite. — Questions : *Anatomie :* Gaînes séreuses digito-carpiennes des tendons fléchisseurs des doigts.

Physiologie : L'inscription et la mesure de la pression artérielle chez l'animal. Les effets de l'hémorragie et du choc sur la pression artérielle.

Pathologie chirurgicale : Luxations traumatiques de la hanche. Notes : M. Adam, 29 ; Dufourmentel et Thomeret, 28 ; Germain, 27 ; Lescaux et Le Brigand, 26 ; Kuss, 25 ; Pruvost, 24 ; Berthon, Prochiantz et Schaefer, 23.

Concours du Prosectorat. — Jury : Président M. le Professeur Ombrédanne, MM. Rouvière, Olivier, Lenormant, Mathieu, Mocquot, Ameline, Richet, Gastinel.

Composition écrite. — Questions : *Anatomie :* Description et rapports du pylore.

Bactériologie : Les méthodes spécifiques de lutte contre le tétanos.

Pathologie chirurgicale : Volvulus du colon pelvien.

Légion d'honneur. — *Guerre.* — Chevalier à titre posthume, le médecin capitaine Soulié (Jean-Raoul-Antoine), tué à son poste à Guéret (Croix de guerre avec palme).

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Sanatoriums publics. — M. le Dr Demange, médecin adjoint au sanatorium départemental du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), est nommé médecin directeur de cet établissement.

M. le Dr Michel, médecin adjoint des sanatoriums publics, en disponibilité sur sa demande, est réintégré dans le cadre.

M. le Dr Thorain, médecin directeur du sanatorium départemental du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet, non installé, est mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er avril 1941.

Mme le Dr Schouller, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), est mise en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er juillet 1940.

M. le Dr Etienne, médecin adjoint au sanatorium de la Bucaille, à Aincourt (Seine-et-Oise), est mis provisoirement à la disposition du ministre secrétaire d'Etat à l'intérieur (direction de la sûreté nationale), pour exercer les fonctions de médecin du centre surveillé d'Aincourt.

L'arrêté du 21 janvier 1941 plaçant M. le Dr Reumaux dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1941 est rapporté.

M. le Dr Reumaux, médecin adjoint des sanatoriums publics est nommé médecin adjoint du sanatorium de la Meynardie (Dordogne) et placé dans la 1re classe de son grade.

M. le Dr Schouller, médecin adjoint au sanatorium de la Meynardie (Dordogne), est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin directeur du sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne).

M. le Dr Depoire, médecin du cadre des sanatoriums publics, est affecté au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise).

Mme le Dr Binet-Chaix, médecin adjoint des sanatoriums publics, est réintégrée dans le cadre, à compter du 1er août 1941.

M. le Dr Michel, médecin adjoint des sanatoriums publics, est nommé médecin directeur du sanatorium de Tilleroyes (Doubs).

L'arrêté en date du 29 mars 1941 nommant M. le Dr Bertheau, médecin adjoint au sanatorium de Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), médecin directeur du sanatorium de Lac-ou-Villers (Doubs), est rapporté.

Hôpitaux psychiatriques. — M. Fail (Gabriel), médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), est placé dans la position prévue à l'article 7 de la loi du 3 octobre 1940, à compter du 20 décembre 1940.

Il bénéficiera des dispositions de l'article premier du règlement d'administration publique en date du 26 décembre 1940.

M. le Dr Marcel Rougean, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Cayssiols, non installé, est affecté, en la même qualité, à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Saint-Lô, en remplacement de M. le Dr Raymond Rougean, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

(*J. O.*, 13 mai 1941.)

Secrétariat d'Etat à la Production Industrielle. — M. le Professeur René Hazard, pharmacien chef de l'hôpital Trousseau, est nommé membre du Comité consultatif de l'Iode.

(*J. O.*, 15 mai 1941.)

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Reau est nommé adjoint au maire de Clermont-Ferrand.

— M. le Dr Charles Thevenin est maintenu dans les fonctions de maire de Charenton (Seine).

— M. le Dr Charles Jubert est maintenu dans les fonctions de maire de La Garenne-Colombes.

(*J. O.*, 14 mai 1941.)

— M. le Dr Gabriel Calvet est nommé adjoint au maire de Valence-sur-Rhône. (*J. O.*, 15 mai 1941.)

Académie de Médecine. — Dans la séance du 20 mai 1941, M. le Professeur Paul Mathieu a été élu membre titulaire.

Médaille du Professeur J. Jolly. — Les amis et les collègues de M. Justin Jolly, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, secrétaire général de la Société de Biologie, ont eu la pensée, à l'heure où il quitte le Collège de France, de lui témoigner leur affection en lui offrant une médaille dont l'exécution a été confiée à Gabriel Rispal.

Le Comité d'initiative est composé de MM. Ch. Achard, G. Bertrand, M. Brulé, R. Courrier, Ed. Faral, Ant. Lacassagne, L. Lapicque, M. Laudat, Ch. Pérez, P. Portier, J.-C. Roux, G. Schaeffer, A. Siegfried, E. Terrien et A. Urbain.

Toute souscription de 150 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille. Les versements sont reçus par M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e (Compte C. P. 599 Paris).

Fédération Corporative des médecins de la Région Parisienne. — L'Assemblée générale de la Fédération Corporative aura lieu le dimanche 25 mai 1941, à 14 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence du Dr d'Ayrenx. La Fédération s'occupera de la *Réorganisation de la profession médicale.*

Voir la suite des Informations, page 430.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

DES ÉLÈVES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1941-1942

SOMMAIRE DES HOPITAUX

Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le prof. Fiessinger ; assistants : MM. Gaultier, Merklen ; chefs de clinique : MM. Gaultier, Ray, Dupuy, Rendu, Roux (Maurice) délégué ; chefs de laboratoire : Mme Coquoin, MM. Glomaud, Dumontet, Dognon, Duhem (moniteur) ; internes : MM. Nehlil, Lœper, (en surnombre à titre étranger : M. Hussameddin); externes : M. Le Lorier, Mlle Réau, MM. Duhamel (Gérard), Chevalier (Pierre), Wapler (Claude), Devieux, Mlle Genty, MM. Roujeau, Weill, Mme Smagghe née Hesse, MM. Smagghe, Mouzon (Michel).

2. Médecin : M. Halbron ; assistant : M. Lenormand (Jacques) ; interne : M. Vernes ; externes : MM. Buhot (Sylvain), Périer (Roger), Hourtoulle (Robert), Viollet (Guy), Denisart.

3. Médecin : M. Baudouin ; assistant : M. Azerad (Elie) ; interne : M. Audoly ; externes : MM. Tillequin, Deniker, Morin (Paul), Estève, Rémond, Marchat.

4. Médecin : M. Henri Bénard ; assistant : M. Deparis ; interne : M. Brault (Albert) ; externes : Mlle Gavrilenko, M. Emile-Zola, Mme Houdart, Mlle Weinstein, MM. Lavarde, Stévenin (Laurent).

5. Médecin : M. Bariéty ; assistants : MM. Hanaut (André), Cord ; interne : M. Bricaire (Henri) ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N...

6. Chirurgien : M. le prof. Mondor ; assistants : MM. Huet (Pierre), Sicard (André) ; chefs de clinique : M. Roux, MM. Simon, Flourens (délégués) ; chefs de laboratoire : MM. Feyel, Guérin ; internes : M. Léandri, Mlle Jurain, MM. Eudel, Flabeau ; externes : MM. Sevegrand (Roland), Zipper (André), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

7. Accoucheur : M. Chirié ; assistant : M. Digonnet ; internes : MM. Weyl, Gout (ancien interne) ; externes : MM. Boissière (Henri), Beugnon (Jacques), Descrozailles, Gauchon, Fourdinier, Gosset (Claude).

8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. le prof. Velter ; assistant chargé du service de la réfraction : N... ; assistant titulaire du service : M. Joseph (Michel) ; 1er assistant de consultation : M. Prudhommeaux (Pierre) ; 2e assistant de consultation : N... ; chefs de clinique : MM. Desvignes, Brégeat (délégués) ; chef de laboratoire : M. Offret ; internes : MM. Sénéchal, Polliot ; externes : MM. Dezarnaulds, Berthet, N..., N..., N..., N..., N...

9. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Gutmann (non rentré) ; externe en premier : M. Ruel (interne) ; externes : MM. Rey (Jean), Bracq, Chaignon, Mlle Larrivé.

10. *Consultation de chirurgie.* — Chirurgien : M. le prof. Mondor ; assistant : M. Welti ; externes : N..., N..., N...

11. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Raison ; adjoint : M. Friez ; assistant : Mme Cernéa ; externes : N..., N...

12. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lagarenne.

13. *Physiothérapie-hydro-thermothérapie.* — Chef : M. Duhem ; adjoint : M. Moro ; assistants : MM. Arraud, Richard ; interne : M. Placa (ancien interne) ; externes : MM. Chenille, N...

La Pitié. — 1. Médecin : M. le prof. Clovis Vincent ; assistant : M. Le Beau ; assistant médical : M. Thiébaut ; chef de laboratoire : M. Berdet ; chef de clinique : M. Kipfer ; internes : MM. Feld (Michel), Fischer, Alpérine ; externes : MM. Tavernier, N..., N..., N..., N..., N..., N...

2. Médecin : M. Cleisz ; internes : MM. Guny, Vionnet (anciens internes) ; externes : MM. Bonan (Albert), Oudot, Lenormand, Maugeais (Jean), Lévy (Michel).

Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le prof. Lœper ; assistant : M. Varay (André) ; chefs de clinique : MM. Lesobre, Ledoux-Lebard, Brault (délégué) ; chefs de laboratoire : MM. David, Cottet, Lesure, Duchon ; internes : MM. Le Sourd (Maurice), Mozziconacci ; externes : MM. Rathery (Michel), Moreau (Michel), Bertier (Cl.), Mlle Pannetier (Germaine), Mlle Lagrona (Marie), MM. Deniziaut (Charles), Jacquemin (Jean).

2. Médecin : M. Chabrol ; assistant : M. Cachin (Marcel) ; interne : M. Tetreau ; externes : M. Boudot (Jean), Mlle Brunel, MM. Berthomier (Gérard), Pujol (Maurice), Tessler (Léon).

3. Médecin : M. M.-P. Weil ; interne : M. Bertrand (Jean) ; externes : N..., N..., N..., N..., N...

4. Médecin : M. Cain ; interne : M. Marre (Pierre) ; externes : MM. Salmona (Raymond), Essel (Lucien), Picard (Jacques), Louin (Jean), Barrigue de Montvallon (Robert).

5. Médecin : M. Jacob ; assistant : N... ; interne : M. Renault ; externes : N..., N..., N..., N... N...

6. *Centre de triage.* — M. Jacob ; externes : N..., N...

7. Médecin : M. Boulin ; assistant : M. Rambert ; interne : Mlle Provendier ; externes : M. Bertho (Jean), Mlle Thierry-Mieg, MM. Matet (Yves), Hébert, Canivet.

8. Médecin : M. Mouquin ; assistant : M. Plichet (Paul) ; interne : M. Gougerot ; externes : MM. Meininger (Jean), Pertusier (Jean-Marie), Pilven, Girault (Albert), Thullier (Ed.).

9. Médecin : M. Debray ; assistant : M. Domart; interne : M. Fressinaud-Masdefeix ; externes : MM. Renaud (Claude), Dessertenne (François), Mlle Loudenot (Lucienne), M. Loubry (Pierre).

10. Chirurgien : M. le prof. Grégoire (Cadenat remplaçant) ; chefs de clinique : MM. Léger, Caby (délégué), Ollier (délégué) ; chef de laboratoire : Mlle Desmonts ; internes : MM. Lesieur, Germain, Adam (en surnombre : M. Laurence) ; externes dont un anesthésite : N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

11. Chirurgien : M. Bréchot ; assistant : M. Bernard (Raymond) ; internes : MM. Enel, Sagaut, Debusschère ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N...

12. Accoucheur : M. le prof. Lévy-Solal ; chef de clinique : M. Morin ; chef de laboratoire : M. Nicolas ; internes : MM. Jamain, Toulouse ; externes : MM. Dubois (Jacques), Barbier (Louis), Mme Monod (Claude), Mlle Gujar, M. Goltz.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Halphen ; assistant titulaire du service : M. Bérard (Fernand) ; assistant : M. Giraud (Nicolas) ; assistant suppléant du service : M. Butzbach (Jean) ; assistant de consultation : M. Dreyfus (Jacques) ; assistant chargé des soins aux malades tuberculeux du centre de triage : N... ; interne : M. Ebstein ; externes : MM. Mathieu (Claude), N..., N..., N..., N...

14. M. Lagrange ; assistant titulaire du service : M. James (Paul) ; assistant de consultation : Mlle Odic (Renée) ; assistant adjoint de consultation : Mme Hœchstetter (provisoirement) ; interne : M. Toufesco ; externes : N..., N..., N..., N...

15. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Boltanski ; assistant : M. Rendu (Ch.) ; interne : M. Gimault ; externes : MM. Laham (Jean), Laham (Edgard), Touret (Gaston), N...

16. *Consultation de chirurgie.* — M. Braine ; assistant : N... ; externes : MM. Bonnefis (Pierre), N..., N..., N...

17. *Consultation de stomatologie.* — M. Thibault ; assistant : M. Géré ; adjoint : M. Marie ; externes : N..., N...

18. *Electro-radiologie.* — M. Cottenot ; assistant : M. Quivy ; interne : M. Nataf, E. P. f. fonc. ; externes : MM. Tzanck, N...

Necker. — 1. Médecin : M. Laederich ; assistant : M. Thiéry (Jean-Erih) ; interne : M. Motte ; externes : MM. Poullain (Jacques), Arondel, Chevillotte (Roger), Mlle Rabut (Odile), M. Aurousseau (Robert).

2. Médecin : M. Aubertin ; assistant : M. Durand (Henri-Louis) ; interne : M. Lange ; externes : MM. Lajoux (André), Meng, Guimezanes, Moncany.

3. Médecin : M. Binet ; assistant : M. Tanret (Pierre) ; interne : M. Dreyfus (Jean) ; externes : Mme Thullier, Derville, Chavarot, Jagello, Gouault.

4. Médecin : M. Jacquelin ; interne : M. Blanchon ; externes : MM. Cousin (Robert), Flouquet (Henri), Mlle Labonde, M. Jouve.

5. Chirurgien : M. J. Berger ; assistant : M. Mialaret (Jacques) ; internes : MM. Etienne, Mouton, Joublin ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

6. Chirurgien : M. Gouverneur ; assistant : M. Pérard ; assistant de consultation : M. Jaupitre ; internes : MM. Livory (Marcel), Debost (en surnombre à titre étranger : M. Orfali) ; externes : MM. Bourdy (Yves), Carillo-Maurtua, Wetterwald, Poulain (Jacques), Berger (Claude), Vaissié (Gustave), N..., N..., N..., N...

7. *Consultation de médecine* : M. Lambling ; assistant : M. Thomas ; interne : M. Bourlière ; externes : MM. Vezard, Mlle Brissy, Mlle Loiseau.

8. *Consultation de chirurgie.* — M. Quénu ; assistant : M. Fayot ; externes : MM. Vincent (Gabriel), N...

9. *Consultation de stomatologie.* — M. Gornouec ; assistant : M. Mesnard ; adjoint : M. Lepoivre ; externes : N..., N...

10. *Electro-radiologie.* — M. Gilson ; externes : MM. Villebrun, Houdart.

11. *Rœntgenthérapie et curiethérapie.* — M. Coliez ; assistant : M. Dumas (Jean).

Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le prof. Debré ; chefs de clinique : M. Thieffry (délégué), MM. J. Bernard, Seringe ; chef de laboratoire : M. Pretet ; interne : M. Brissaud ; externes : M. Dumée (Marcel), Mme Hallot-Boyer, M. Poirier (Maurice), Mlle Bauzin, M. Durand (Claude-H.), Mlles David, Laurent.

2. *Service temporaire de polyomiélite.* — M. le prof. Debré ; interne : M. Breton ; externes : M. Sclafer (Jacques), Mme Fauvert, M. Fresnel.

3. Médecin : M. Richet ; interne : M. Le Loch ; externes : MM. Combet (Jean), Bureau (Georges), N..., N..., N...

4. *Crèche ancienne et nouvelle.* — M. Richet ; interne : M. Lebovici.

5. Médecin : M. Huber ; assistant : M. Florand (Jacques) ; interne : Mlle Feder ; externes : MM. Drylewicz, Boulay (Jean), Barrier, Bally (Jacques), Nordin (Raymond), Planchon, Tournier.

6. *Sélection.* — Interne : M. Isorni.

7. Médecin : M. Darré (M. Heuyer remplaçant) ; assistant : M. Hurez (André) (au retour de M. Darré, Mme Zagdoun reprendra son poste d'assistante) ; interne : M. Loubrieu ; externes : Mlles Ghitza-Joan, Masson, Uhry, MM. Mallet (Jean), Pesle, Mlle Stoll.

8. *Centre de vaccination antidiphtérique.* — M. Lafaille ; externe : N...

9. Médecin : M. Tixier ; assistant : N... ; interne : M. Lajouanine ; externes : Mlle Naline, MM. Fondeville, Gosset (Jean-Robert), Marlingue, Lemierre, Chardin (Daniel), Berger (Michel).

10. M. le prof. Ombrédanne ; assistants : MM. Calvet (Marcel), Lanee ; chefs de clinique : MM. Barcat, Judet, Faugeron ; chefs de laboratoire : M. Saint-Girons, Mme Rémond (moniteur) ; internes : MM. Aupinel, Hébert ; externes : MM. Danion (Jean), Dicesco, N..., N..., N..., N..., N..., N...

11. *Service médical d'Antony.* — M. le prof. Ombrédanne ; interne : M. Aurégan ; externes : N..., N...

12. Chirurgien : M. Bergeret ; assistant : M. Bourdreaux (Jacques) ; internes : MM. Lartigue, Raynaud (Henri) ; externes : MM. Imbert, de Fourmestraux, N..., N..., N..., N..., N...

13. Oto-rhino-laryngologiste : M. Le Mée ; oto-rhino-laryngologiste adjoint : M. Richier ; 1er assistant titulaire du service : M. Tran-Huu-Tuoc ; 2e assistant titulaire du service : M. Couturier (Raymond) ; 1er assistant de consultation : M. Devaux (Henri) ; 2e assistant de consultation : Mlle Mazarakis ; internes : MM. Bouche, Cachin (Yves) ; externes : MM. Delormeau, Dupin-Girod, Nolot, Simon (André), Veyrières (Jean), Casaurang, N..., N..., N...

14. *Ophtalmologie.* — MM. Monbrun et Hartmann (service partagé) ; assistant titulaire du service : M. Pétavy (Jean) ; assistant suppléant : N... ; 1er assistant de consultation : M. Jourdy (Pierre) (provisoirement) ; 2e assistant de consulation : N... ; assistant du service du Dr Hartmann : M. Deschamps (Jean) ; interne : M. Boudon ; externes : N..., N..., N..., N...

15. *Consultation de médecine* — Médecin : M. Lamy ; assistant : Mlle Jammet ; interne : Mlle Wolfromm ; externes : MM. Pimpaneau, Koupernik, Medvedeff, Mlles Halt, Narlian.

16. *Electro-radiologie.* — M. Porcher ; assistante : Mme Gilles ; externes : N..., N...

17. *Radioscopie.* — M. Mignon.

18. *Laboratoire de bactériologie.* — M. Girard.

Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Rathery ; assistant : M. Froment (Paul-Albert) ; chefs de clinique : MM. Turiaf, Tanret, Siguier, Brumpt, Maschas (à titre étranger) (délégué) ; chefs de laboratoire : MM. de Traverse, Derot, Mlle Le Bihan ; internes : MM. Rault, Nick, Mlle Bournisien ; externes : MM. Leroy (Roger), Boeswillwald, Sauvegrain, Fouchet, Hans, Lemaire, Michiels, Mesnier, Beyer (Henri), Gomez, Marche (Jean), Molho, Hivertet.

2. Médecin : M. le prof. Harvier ; assistant : M. Claisse (Robert) ; chefs de clinique : MM. de Font-Réaulx, Arnous, Le Melletier, Catinat, Vignalou ; chefs de laboratoire : MM. de Lavergne, Gallais ; interne : M. Lamotte ; externes : MM. Rivière, Bourgeaud, Mlle Bricard (Christiane), M. Ramadier, Mlle Larmoyez, M. Cazes.

3. Médecin : M. Ameuille ; assistant : M. Lemoine (Jean) ; interne : Mme Dauphin ; externes : MM. Gouygou, N..., N..., N..., N..., N...

PHOSCAMINE

Granulé Recalcifiant, Hématogène

- ACTIVATEUR DE L'ASSIMILATION -

COMPOSITION

ACIDES AMINÉS, PROVENANT DE L'HYDROLYSE DES HÉMATIES, MÉTHYLARSINATE DE SOUDE POLYGLYCÉROPHOSPHATES

INDICATIONS

anémies
dépression nerveuse
convalescences

CONVALESCENCES

PHOSPHORE
CALCIUM
ACIDES AMINÉS

GRANULÉ

RÉCALCIFIANT HÉMATOGÈNE

DOSES
ADULTES : 2 cuillerées à café avant chaque repas
ENFANTS : 1 cuillerée à café avant chaque repas

LABORATOIRE MAUCHANT GENNEVILLIERS (SEINE)

LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)
J. EURY, Docteur en Pharmacie

DOSES
- ADULTES : 3 à 4 cuillerées à café.
- ENFANTS : 2 cuillerées à café.
- NOURRISSONS : 1 cuillerée à café.

GRANULÉ

CROISSANCE

LIPOVITA

VITAMINES LIPOSOLUBLES

LIPOVITA

granulé très agréable au goût
à base de vitamines liposolubles

COMPOSITION

Chaque cuillerée à café contient :

VITAMINE "A"
200 UNITÉS INTERNATIONALES
VITAMINE "D"
2.000 UNITÉS INTERNATIONALES



INDICATIONS

troubles de la croissance
rachitisme
ostéomalacie
tétanie
décalcification
dans toutes ses manifestations
tuberculose
états infectieux, etc.

4. *Service du dispensaire.* — Médecin : M. Ameuille ; interne : M. Bourdin ; externes : N..., N..., N..., N...

5. *Service des tuberculeux* — Interne : M. Cornet ; externes : N..., N..., N... — *Tuberculeux (femmes).* — Externes : N..., N...

6. Médecin : M. Chevallier ; internes : MM. Lecœur (Jacques), Schapira ; externes : Alloiteau (J.-J.), Boschatel, Apkarian, Mme Vassy, MM. Ricordeau (Jean), N...

7. *Service de malariathérapie.* — Médecin : M. Chevallier ; externes : MM. Ulmann (J.), N...

8. Chirurgien : M. le prof. Lenormant ; assistants : MM. Wilmoth, Ménégaux, Oberlin ; chefs de clinique : MM. Mathey, Calvet, Pergola (délégués) ; chef de laboratoire : M. Perrot ; internes : MM. Maignan, Baudon, Kaeppelin, Rognon ; externes : MM. Boreau (Jacques), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

9. Chirurgien : M. Fey ; assistant : M. Couvelaire (Roger); chefs de clinique : MM. Bayle, Bouteau (délégué) ; chefs de laboratoire : MM. Busser, Ferrier, Mlle Lebert; internes : MM. Rousset (Pierre), Boissonnat ; externes : MM. Pouget (Maurice), Coupaye, Heffez, N..., N..., N..., N..., N...

10. Chirurgien : M. le prof. Mathieu ; assistant : M. Padovani (Paul) ; chefs de clinique : MM. Poilleux, Lance (délégué) ; chefs de laboratoire : MM. Thiébaut, Strohl (délégué) ; internes : MM. Lascaux, Pruvot ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N...

11. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Pollet ; assistant : M. Weill ; interne : M. Haquin ; externes : MM. Allendé, Gerson, Wapler (Etienne), Besle (Bernard).

12. *Consultation de chirurgie.* — Chirurgien : M. le prof. Lenormant ; assistant : M. Ménégaux ; externes : MM. Jacquemin (Henri), N..., N...

13. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Favory ; assistant de consultation : M. Tran-Ba-Huy (Philippe) ; externes : N..., N...

14. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Lattès ; assistant : M. Valtat ; adjoint : M. Vrasse ; externes : N..., N...

15. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Maduro ; assistant de consultation : M. Moussette (Jean); externes : Klein (Michel), N...

16 *Electro-radiologie.* — M. Dariaux ; externes : N..., N...

Beaujon. — 1. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. de Brun du Bois Noir ; externe en premier : Mme Ferrand ; externe : N...

2. *Consultation de chirurgie.* — Chirurgien : M. Chevrier ; assistant : M. Walther ; externe : N...

3. *Consultation de dermatologie.* — M. Turpin ; assistant : M. David ; assistant voies urinaires : M. Bordier ; externe : M. Malherbe.

Tenon. — 1. Médecin : M. Lian ; assistant : M. Facquet (Jean) ; interne : M. Le Bozec ; externes : Boutillier du Retail, Legendre (Jean), Sarrazin (Albert), Voitot (Jacques), Viala (Jacques).

2. Médecin : M. Brûlé ; assistant : M. Hillemand (Pierre); interne : M. Genevrier ; interne (en surnombre) : M. Gras ; externes : MM. Desjeux, Nalpas (Pierre), Autin, Sors (Christian), Missonnier, Teurtroy.

3. Médecin : M. Guy-Laroche ; assistant : M. Bompard (Bertrand) ; interne : M. Trémolières ; externes : MM. Flavigny, Dausset, Caron (Jules), Vincent (Robert).

4. Médecin : M. May ; assistants : M. Ollivier (Jean), Mme Logeais (Annie) ; internes : MM. Tardieu, Lévy (François) ; externes : MM. Hertz, Chapuis, Thierry (J.-Michel), Lévy (Pierre-Maurice), Mlles Fagnot, Quéret, M. Goury.

5. Médecin : M. Gautier ; assistant : M. Grenet (Pierre) ; interne : M. Danel ; externes : MM. Serres, Canlorbe, Alcan, Woimant (Bernard).

6. Médecin : M. Marchal ; interne : M. Rouault ; externes : MM. Legendre (Roger), Gaulard (Olivier), Nebout (Jean), Mignot, Richard (Henri), Betuel (Jacques).

7. Médecin : M. Etienne Bernard ; internes : MM. Coblentz, Davy ; externes : MM. Colbert (Jacques), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

8. Médecin : M. Carrié ; interne : M. Callerot ; externes : MM. Chatelin (Charles), Gandar, Arnaud, Héber-Suffrin.

9. Médecin : M. Haguenau ; interne : M. Carasso ; externes : MM. Solal (Georges), Nugues, Hervan (Serge), Mlle Marchand, M. Klotz.

10. Chirurgien : M. Houdard ; assistant : M. Aurousseau (Léon) ; internes : MM. Martinet, Aharfi, Elbaz ; externes : MM. Sichère, N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

11. Chirurgien : M. Métivet ; assistant : M. Longuet (Yves) ; internes : MM. Bolo, Léger, Saks ; externes : MM. Arnavielhe, N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

12. Chirurgien : M. Girode ; assistant : M. Meillère (Jean); internes : MM. Perol, Paley, Mattei ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

13. Accoucheur : M. Ravina ; internes : MM. Musset (René), Tran-Van-Hoa ; externes : MM. Bailly (Roger), Delouche, Deribreux, Aublin (Jean), Mlle Maronet.

14. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Hautant ; assistant titulaire : M. Ombrédanne (Marcel) ; assistant suppléant : M. Fayet (Jacques) ; assistant de consultation : M. Maspetiol (Roger) ; internes : MM. André, Bretton ; externes : MM. Chessebeuf, Blondé, N..., N..., N..., N...

15. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Bollack ; assistant du service : M. Voisin ; assistant suppléant : N... ; assistant de consultation : N... ; interne : M. Blancard (Pierre) ; externes : N..., N..., N..., N...

16. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Decourt ; assistant : M. Périer ; interne : M. Bastin ; externes : MM. Sapir, Bernard (Pierre), Isal, Mme Mattei, N...

17. *Consultation de chirurgie.* — Chirurgien : M. Deniker) ; assistant : M. Viala ; externes : MM. Harlez, Bertrand (Victor), N...

18. *Electro-radiologie.* — M. Lepennetier ; externes : N..., N...

19. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Lacronique ; assistant : M. Fromaigeat ; adjoint : Mme Chaput.

Laennec. — 1. Médecin : M. le prof. Troisier ; chefs de clinique : MM. Herrenschmidt, Bour, Ortholan, Hautefeuille (délégué) ; chefs de laboratoire : MM. Bariéty, Azoulay, Mangeot, Mlle Kohler ; internes : MM. Lenormant, Blanchard ; externes : MM. Verdier (Jacques), Béal (Clément), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

2. *Crèche.* — Externes : N..., N...

3. *Dispensaire Léon-Bourgeois.* — Externes : N..., N..., N...

4. Médecin : M. Louis Ramond ; assistant : M. Vialard (Serge) ; interne : M. Lacorne ; externes : MM. Louveau (Etienne), Gautier (Robert), Velter, Gougerot (Jean).

5. Médecin : M. René Bénard ; assistant : M. Poumailloux (Marcel) ; interne : Mme Debain (ancienne interne) ; externes : MM. Labat, Alison, Duvillé, Malherbe.

6. Médecin : M. Léchelle ; assistant : M. Thévenard (André) ; interne : Viguié ; externes : MM. Cardon, Monié, Lemoine (Gustave), Mennerat (René).

7. Médecin : M. Pruvost ; assistant : M. Thoyer ; internes : M. Tulou, Mme Pognan ; externes : MM. Lannes (Raymond), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

8. *Dispensaire Léon-Bourgeois.* — Médecin : M. Pruvost ; externes : N..., N..., N...

9. Chirurgien : M. Roux-Berger ; assistants : MM. Maurer, Sauvage ; internes : MM. Joly (Antoine), Gaumé ; externes : N..., N..., N..., N..., N...

10. Chirurgien : M. Robert Monod ; assistant : M. Lecœur (Pol.) ; internes : MM. Jardel, Monod ; externes : N..., N..., N..., N..., N...

11. Médecin : M. Baldenweck ; 1er assistant titulaire du service : M. Lapiné (Eugène) ; 2e assistant titulaire du service : M. Soulas (Marie) (chargé du dispensaire) ; assistant suppléant du service : N... ; assistant de consultation : M. Bory (André) ; interne : M. Joinville ; externes : Mlle Delplace, N..., N..., N...

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Bourdier ; 1er assistant titulaire du service : M. Veil (Prosper) (ophtalmologiste des hôpitaux) ; 2e assistant : M. Dubois (André) ; assistant de consultation : Mlle Valroff (provisoirement) ;

interne : M. Parsy ; externes : MM. Hallot-Boyer, Poncet, N...

13. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Célice ; assistant : M. Gaucher ; interne : M. Blanc (Guy) ; externes : M. Barral, Mlle Ledrut, M. Schatz (Jean).

14. *Consultation de chirurgie.* — M. Picot ; externes : MM. Libaudé, N...

15. *Electro-radiologie.* — M. Delherm ; interne : M. Pertus (ancien interne) ; externes : N..., N..., N...

16. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Darcissac ; assistant : M. Parant ; adjoint : M. Maleplate.

Bichat. — 1. Médecin : M. Boidin ; assistant : M. Bousser (Jacques) ; internes : MM. Audry, Vermenouze ; externes : MM. Maurice (Pierre), Ripart (Jean), Mlles Bricart (Marie-Hélène), Thiédot, MM. Mercadier, Raulin (Henri), Quéneau (Pierre), Caldier.

2. M. Nicaud ;; assistant : M. Vibert ; internes : M. Ferrand, Mlle Grould, E. P. ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

3. Médecin : M. Chiray ; assistant : M. Debray (Charles) ; internes : MM. Duret (Marc), Raymondeau ; externes : Mme Klotz, MM. Hacker (Raymond), Calloc'h de Kérillis, Mme Mazars, MM. Benoit (Pierre), Bénézech (Henri), Guez, Mme Brennan.

4. M. le prof. Pasteur Vallery-Radot ; assistant : M. Mauric (Georges) ; internes : MM. Wolfromm, Guiot ; externes : MM. Rainaut (Jean), Conche (Maxime), Perrier (Pierre), Gueniot (Maurice), Boeffart (Jean), Rudelle (Victor), Wassef (Osiris), Bour (Pierre).

5. Médecin : M. Faroy ; assistant : M. Mouchotte (Robert); internes : Mlle de Larminat, M. Périer ; externes : Mlles Boinet, N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

6. Chirurgien : M. Capette ; assistant : M. Gueullette ; internes : MM. Guenon des Mesnards, Claracq, Campagne ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

7. Chirurgien : M. Rouhier ; assistant : M. Vuillième (Jean) ; internes : MM. Caufment, Butet, Staub ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

8. Chirurgien : M. Brocq ; assistant : M. Rudler (Jean) ; internes : MM. Dufourmentel, Poissonnet, Cotillon ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

9. Accoucheur : M. Portes ; internes : MM. Thoyer-Rozat, Lanvin ; externes : MM. Vivarès, Dogué, Warmé (Robert), Ivaldi (Fernand), Pons, Rouault de la Vigne.

10. M. Leroux ; assistant du service : M. Loiseau (Guy) ; assistant de consultation : M. Chevalier (Alexandre) ; assistant suppléant : N... ; assistant de la policlinique : Mlle Schauving ; interne : M. Haguet ; externes : N..., N..., N...

11. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Prélat ; assistant titulaire du service : M. Dumont (Pierre) ; assistant de consultation : M. Dupuy-Dutemps (Pierre) ; assistant suppléant : N... ; interne : Mlle Monghal, E. P. f. fonc. ; externes : N..., N..., N...

12. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Layani ; assistant : Mlle Huguet ; interne : M. Kartun ; externes : MM. Leibinson, Pellerin (André), Mazars (Gabriel), Reichmann, N..., N...

13. *Consultation de chirurgie.* — Chirurgien : M. R. Bloch ; assistant : M. Baudelot ; externes : MM. Pondaven, Céleste (Yves), N...

14. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Friez ; externe : M. Boschatel.

15. *Electro-radiologie.* — M. Morel-Kahn ; assistant : M. Chuche.

16. *Polyclinique du boulevard Ney.* — *Consultation de médecine infantile.* — Médecin : M. Launay (Clément) ; assistant : M. Gabriel ; interne : M. Hadengue ; externes : Mme Florent, Mlle Imianitoff, Mme Tétard-Descroix.

17. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Fleury ; assistant : N...

18. *Laboratoire de bactériologie de secteur.* — Médecin : M. Mauric (bi-hebdomadaire) ; adjoint : M. Furiet-Lafforet.

Broussais. — 1. Médecin : M. le prof. Laubry ; assistant : M. Walser (Jean) ; chefs de clinique : MM. Bouvrain, Mathivat, Lemant, Porge ; chefs de laboratoire : MM. Heim de Balzac, Braumberger, Laubry (Pierre) ; interne : M. di Mattéo ; externes : MM. Gauthier (Paul), Mlle Santelli, MM. Roy, Perdrizet, Borja.

2. *Service des tuberculeux.* — M. le prof. Laubry ; interne : M. Deslandes ; externes : MM. Brunet (André), Thomas-Lamotte.

3. Médecin : M. Donzelot ; assistant : M. Bith ; chefs de laboratoire : MM. Barbier, Cachera, Moutier, Sikorav ; chefs de clinique : MM. Fauvert, Bardin, Fasquelle, Rubens-Duval ; internes : MM. Chevalier (Henri), Guillemin ; (en surnombre à titre étranger : M. Eman-Zadeh) ; externes : MM. Lafourcade (Jacques), Burgot (Pierre), Mlle Chateauraynaud, MM. Egger, Chadoutaud, Delalieux, Mlle Orsoni.

4. Médecin : M. le prof. Abrami ; chefs de clinique : MM. Dugas, Faulong, Parlier (délégués), Mlle Bonnenfant ; chef de laboratoire : Mlle De Chez Leprêtre ; interne : M. Weill (Francis) ; externes : Mme Fayol, MM. Paraf (André), Noël (Emile), Desvignes, Mariette (Louis), Beauvy (Louis), Mlle Konarzewska.

5. *Service des tuberculeux.* — Médecin : M. le prof. Abrami ; interne : M. Roger ; externes : MM. Simon (Georges), Bokser.

6. Médecin : M. Delay ; assistant : N... ; internes : M. Horvilleur, Mlle Schweisguth, E. P. f. fonc. ; externes : MM. Moullé (Anthony), Massebœuf, N..., N..., N..., N..., N...

7. Chirurgien : M. Basset ; assistant : M. Ameline (André) ; internes : MM. Dubost, Roy, Le Brigand ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

8. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Chatellier ; assistant titulaire du service : M. Magnien (Pierre) ; assistant suppléant : N... ; assistant de consultation : M. Pouquet (Pierre) (provisoirement); interne : M. Reynaud ; externes : MM. Galant, N..., N...

9. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Justin-Besançon ; assistant : M. Duval-Rubens ; interne : M. Pergola ; externes : MM. Ryckewaert, Gosselin, Pestel.

10. *Consultation de chirurgie.* — Chirurgien : M. Basset ; externes : N..., N...

11. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Crocquefer ; externe : N...

12. *Electro-radiologie.* — M. Morel-Kahn ; externe : N...

Boucicaut. — 1. Médecin : M. Ravina ; assistant : M. Pecher ; interne : M. Verriez ; externes : N..., N..., N..., N...

2. *Centre de triage.* — Externes : N..., N...

3. Médecin : M. Tinel ; assistants : MM. Moussoir, Parrot (Jean) ; interne : M. Langevin ; externes : Mlle Lecour, MM. Fucs, Seropian, Vaysse (Jean), Mlle Bourgeois.

4. Chirurgien : M. Guimbellot ; assistant : M. Seillé (Guy) ; internes : MM. Michon (Jacques), Fronville, Edelman ; externes : MM. Genin (anesthésiste), Maille, N..., N..., N..., N..., N... ; plus un anesthésiste.

5. Accoucheur : M. Ecalle ; assistant : M. Suzor (René) ; chef de laboratoire : M. Labignette ; internes : MM. Petit, Roblin ; externes : MM. Habas (Jean), Denis (J.-Pierre), Mlle Ravet, Naudin (Pierre).

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Moulonguet ; assistant titulaire du service : M. Giraud (Jean-Ch.) ; assistant suppléant du service ; N... ; assistant de consultation : M. Du Buit (Henry) ; interne : M. Debain ; externes : MM. Roulin, Grémont, Bourguet (Jacques), Pillet.

7. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Rachet ; assistant : M. Busson ; interne : M. Galmiche ; externes : MM. Sibertin-Blanc, Constant.

8. *Consultation de chirurgie.* — Chirurgien : M. Guimbellot ; assistant : M. Seillé ; externes : N..., N..., N...

9. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Houzeau.

10. *Electro-radiologie.* — M. Delapchier (provisoirement); externe : N...

11. *Laboratoire de bactériologie de secteur.* — M. Moussoir.

Vaugirard. — 1. Chirurgien : M. Sénèque ; assistant : M. Merle d'Aubigné ; chefs de clinique : MM. Neyraud, Cauchoix ; chefs de laboratoire : MM. Chêne, Goiffon, Dupouy ; internes : MM. Chalochet, Hertzog, Feldmann ; externes : anesthésiste : Mme Mâthey, N..., N..., N...,

N..., N..., N..., N..., N..., N... ; plus un anesthésiste.

2. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Lebourg.

3. *Electro-radiologie.* — M. Gally.

4. *Consultation spéciale d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Miégeville.

5. *Consultation spéciale d'ophtalmologie.* — M. Dubar.

Ambroise-Paré. — 1. Médecin : M. Monier-Vinard ; assistant : M. Brunel (Louis) ; interne : M. Cuvereaux ; externes : Mlle Cousin, MM. Granier, Le Nail, Torre, Vincens.

2. Médecin : M. Jacquet ; assistant : M. Ferroir (Jean) ; interne : M. Verliac ; externes : MM. Gayno, Brun (Marcel), Guéret (Louis), Durville, Dubois (Jean-Claude).

3. Médecin : M. Levesque ; assistant : M. Perrot (Raoul) ; interne : Grislain ; externes : MM. Lallemant (Y.-M.), Pellot, Mlles Anglès, Decaup.

4. Chirurgien : M. Sauvé ; assistant : M. Thalheimer (Marcel) ; internes : MM. Mage, Delatour ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N...

5. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Péron ; assistant : Mlle Blanchier ; interne : M. Courchet; externes : M. Targowla, Mme Ribierre.

6. *Consultation de chirurgie.* — Chirurgien : M. Mauclaire ; externes : MM. Martinet (Pierre), N..., N...

7. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Aubin ; assistant adjoint de consultation : M. Canonne (bénévole) ; assistant de consultation : M. Sailly (Jean) ; externes : MM. Allenic (Robert), N...

8. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Parfonry; assistant de consultation : M. Despres (Albert); externes : N..., N...

9. *Electro-radiologie.* — M. Detré.

10. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Béliard.

Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Gougerot ; chefs de clinique : MM. Vial, Duperrat ; chefs de laboratoire : MM. Desgrez, Peyre ; moniteurs : MM. Dechaume, Grollet, Marceron ; internes : MM. Schneider, Thorel ; externes : M. Moullé (Henry), Mme Leroy née Gout, MM. Marquand, Cabrières, Foulon, N..., N..., N...

2. Médecin : M. Sézary ; internes : MM. Depierre (René), Boulenger (Pierre) ; externes : MM. Petit (Jean-Louis), Denis (Jean-Charles), Forgeois (Alfred), Mlle Chevalier (Jeanne), M. Choubrac, Mlle Blieblum, MM. Dubel, Chateau (Robert).

3. Médecin : M. Duvoir ; assistant : M. Poumeau-Delille ; internes : M. Vivien, Mlle Lindeux ; externes : MM. Lafontaine, Léger (Michel), Deroide, Cambessédès, Berweiller.

4. Médecin : M. Touraine; internes : M. François (André), Mlle Eyraud ; externes : MM. Bouclier (Raymond), Balter, Narewski, Friedel, Oger (René), Leveillé (Jean), Treps, Dailheu (Pierre).

5. Médecin : M. Weissenbach ; internes : M. de Lignières, Mlle Brille (ancienne interne) ; externes : MM. Jacob (Paul), Vigier (Paul), Mariaux (Serge), Beinis, Duprey, Pistre (Michel), Delater, Lamy, Payenneville.

6. Médecin : M. Flandin ; internes : MM. Boyer, Barreau ; externes : MM. Ramaroni, Daguin (Paul), Legendre, N..., N..., N..., N..., N.... N..., N...

7. Médecin : M. Tzanck ; assistant : M. Boyer (Jean) ; internes : MM. Albahary, Témime ; externes : Mlle Cremer, MM. Russak, Pillois, Bouyssi, Marchal, Noal, Dehennot, Sethian.

8. *Transfusion sanguine.* — Médecin : M. Tzanck ; externes : MM. Galopeau, N...

9. Chirurgien : M. Desplas ; assistant : MM. Banzet, Sarrodin ; internes : MM. Beaufils, Goulesque, Rougier ; externes plus un anesthésiste : N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

10. Chirurgien : M. Bazy ; assistant : M. Sylvain Blondin; internes : MM. Lenoël, Robert (Jean), Vincent ; externes plus un anesthésiste : MM. Chaia (Jean), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N... ; anesthésiste : Mme Langerfeld.

11. Chirurgien : M. Soupault ; assistant : M. Bénassy ; internes : MM. Champagne, Bancaud, Gallaut ; externes : Mlle Brouillet, N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

12. Chirurgien : M. Michon ; assistants : MM. Laporte, Delinotte (Pierre) ; assistant et anesthésiste : M. Tissot ; internes : MM. Deguillaume, Frebet ; externe plus un anesthésiste : M. Tissot.

13. *Consultation d'urologie.* — Externes : N...., N..., N..., N..., N...

14. Accoucheur : M. Devraigne ; assistant : M. Séguy (Jean) ; internes : MM. Devimeux, Jomier ; externes : MM. Talpin, Gaulier, Ycre, Cottreau, Drain.

15. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bouchet ; assistant titulaire du service : M. Bourdial (J.) ; assistant adjoint du service ; N... ; 1er assistant de consultation : M. Piguet (Robert) ; 2e assistant de consultation : M. Fouquet (André); interne : M. Klotz (Pierre) ; externes : MM. Diala, Rouget, Muller (Jean-Noël), Cuzin (Jacques), Mlle Labarre.

16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Coutela ; assistant titulaire du service : M. Bouchand (Jean) ; assistant suppléant du service : N... ; assistant de consultation : M. Masson (Roger) ; interne : M. Gauthey ; externes : MM. Bastard, N..., N...

17. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Degos ; assistant : M. Grenet (Pierre) ; interne : M. Tricot ; externes : MM. Auzoux (Louis), Hartmann (Lucien), Mlle Benezit, Mme Vittoz, M. Sauzier.

18. *Consultation de chirurgie.* — Chirurgien : M. Redon; assistant : M. Boisseau (Roland) ; externes : MM. Woimant (Georges), Malange, N...

19. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Richard ; adjoint : M. Hennion ; assistant : M. Duba ; externes : N..., N...

20. *Electro-radiologie.* — M. Belot ; interne : M. Cossart ; externes : N..., N..., N...

Annexe Grancher. — 1. Médecin : M. Stévenin ; assistant : M. Prieur (René) ; internes : MM. Paugam, Philippe ; externes : M. Hofmann, Mmes Ardouin, Plas, Mlle Rapidel, M. Duveau (Emile), Mlle Savaton, MM. de Person, Davidovici.

2. Chirurgien : M. Boppe ; assistants : MM. Sabourin, Garnier (Charles) ; assistant d'orthopédie : M. Niel ; internes : MM. Leroy (Marc), Bonvallet, Ciaudo ; externes plus un anesthésiste : N..., N..., N..., N..., N..., N...

Broca. — 1. M. le prof. Mocquot ; chefs de clinique : MM. Picard, Leroy, Coldefy ; assistant : M. R.-Ch. Monod ; chef de laboratoire : M. Palmer ; chef de travaux : M. Moricard ; internes : MM. Robey, Streusand, Magder ; externes : Mlles Marcille, Bourbon, Merle, M. Dominguez y Gonzalès, Mme Bonan, N...

2. *Chroniques de chirurgie.* — M. le prof. Mocquot ; externes : N..., N..., N..., N...

3. *Electro-radiologie.* — M. Thoyer-Rozat ; externe : M. Viard.

4. *Consultation de dermato-vénéréologie.* — Médecin : M. Derot ; interne : M. Goury-Laffont ; externes : M. Catalogne, Krajevitch, Flaisler, Grasbois, Seibel (Benoit), Savouret.

Maternité. — 1. Accoucheur : M. Lantuéjoul ; internes : MM. Bessière, Hervet ; externes : M. Mariage, Mlle Granier, M. Ribay (Jean).

Baudelocque. — 1. M. le prof. Couvelaire ; assistant : M. Lepage (François) ; chefs de clinique : MM. Coen, Bret; chefs de laboratoire : MM. Albot (moniteur), Desnoyers, Mme Derain ; interne : M. Liénard ; externes : MM. Brill, Piérart, Kivenko, Lefebure, Giordano, Bouygues, Mlle Alhinc.

2. *Electro-radiologie.* — M. Petit.

Tarnier. — 1. M. le prof. Jeannin ; chefs de clinique : MM. Gillet (Germain), Gorse, Seguin, Mlle Versini (déléguée) ; chefs de laboratoire : MM. Meitès, Merger ; internes : M. Hermann, Mme Pujol, E. P., f. fonc. ; externes : MM. Lacour (Armand), Gueraud (Louis), Lebel, Laborderie-Boulou, Leiser (Jean).

Claude-Bernard. — 1. M. le prof. Lemierre ; assistant : M. Laporte (Antoine) ; chefs de clinique : MM. Brocard,

Netter, Conte (délégué) ; chef de laboratoire : M. Reilly ; internes : Mlle Rist, MM. Lefebvre (René), Jacquot, Mme Netter née Lembert ; externes : MM. Fossaert (Henri), Mlle Faillebin, MM. Couade, Lemaire (Robert), Mlle Maurue-Bokanowski, MM. Biro (Jean), Hurel (Jean), Spriet (René), Brault, Zadikian, Moullec (Jean), René (Louis), Nguyen-Khac-Vien, Lallemand (Jean), Lebas (Raymond-Jean).

2. M. Marquézy ; assistante : Mlle Laddet (Marcelle) ; internes : M. Richet, Mlle Kahn ; externes : M. Darbord (Jean), Mlle Desoutter, MM. Calvo-Platero, Van-Quathem, Mlles Bérenger, Trocmé, M. Boitard (Maurice), Mlle Dutilh.

3. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Leroux-Robert ; interne : Mlle Saulnier, E. P. f. fonc. ; externe : N...

4. *Laboratoire de bactériologie de secteur.* — M. Reilly.

Trousseau. — 1. Médecin : M. Paisseau ; assistant : M. Patey (Georges) ; interne : M. Lepintre (Yves) ; externes : MM. Monnerot (Emile), Benoit (Claude), Desprez (René), Marchenay (Robert), Sergent (Yves), Siraga (Paul), Saint-Hilier (René), Ageorges.

2. *Diphtérie.* — Médecin : M. Paisseau ; interne : M. Plas (Fernand).

3. Médecin : M. Cathala ; assistant : M. Laplane (Robert) ; interne : M. Combes (André) ; externes : MM. Ponsar, Bouttier (Daniel), Cleisz (Paul), Foix (Laurent), Lavergne (Christian), Mlle Pozerski.

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Cathala ; interne : Mme Joussemet.

5. Chirurgien : M. Sorrel ; assistant : M. Guichard (Robert) ; internes : MM. Lacroix, Joussemet, Marzet ; externes : N.., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Rouget ; oto-rhino-laryngologiste adjoint : M. Lemariey ; assistant titulaire du service : M. Hamelin ; assistant suppléant du service : N...; 1er assistant de consultation : M. Lefebvre (Stéphane) ; 2e assistant de consultation : M. Maillard (Pierre) ; interne : M. Labayle ; externes : MM. Serre, N..., N..., N..., N...

7. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Clément ; assistant : Mlle Delon ; interne : Mme Cornet ; externes : M. Tricard (Armand), Mlle du Pasquier, M. Cresson, Mlle Berthon (Jacqueline), Mme Russak.

8. *Ophtalmologie.* — M. Dollfus ; assistant : Mme Pérol ; externes : Mlle Proux, N...

9. *Electro-radiologie.* — M. Guénaux ; externe : N...

10. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Lemerle ; externe : N...

11. *Laboratoire de bactériologie de secteur.* — M. Duchon (M.-H.).

Bretonneau. — 1. Médecin : M. Grenet ; assistante : Mlle Gautheron (Renée) ; internes : MM. Delzant, Geoffroy ; externes : Mlles Garnier (Christiane), Langevin (Geneviève), Allary, MM. Etienne (Henri), Brunet (Jean), Villebœuf.

2. *Contagion.* — Externe : Rey (Maurice).

3. Médecin : M. Milhit ; assistant : M. Flouquet (Jean) ; interne : M. Bouvier ; externes : Mme Martin née Ferrié, MM. Paley (Pierre), Guy (Edouard), Mlles Muraccioli, Brun (Jacqueline), M. Georges (Ferdinand).

4. Chirurgien : M. Leveuf ; assistant : M. Petit (Pierre) ; internes : MM. Küss, Pointeau, Granjon ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

5. Accoucheur : M. Desnoyers ; internes : MM. Schneider, Umdenstock ; externes : MM. Perraudin, Kéruzoré, Bellot, Carraud, Robert (Jean), Vialle (Robert).

6. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Chevalley ; assistant : M. Liège ; interne : M. Costa ; externes : Mlle Sikorav, MM. Caplier, Vigoureux, Perrotin, N...

7. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Lallemant ; 1er assistant de consultation : M. Daudier (Maurice) ; 2e assistant de consultation : M. Jullich (Lucien); externes : MM. Dailly (Robert), Le Cain (Gabriel), Mérian, Le Moal (Paul).

8. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Izard.

9. *Electro-radiologie.* — M. Lomon; assistant : M. Vincent (Pierre) ; externes : N..., N...

Hérold. — 1. Médecin : M. Janet ; assistante : Mme Odier-Dollfus (Elisabeth) ; interne : M. Lesca ; externes : MM. Bergeron (André), Barbier (Michel), Feffer (Jean), Mauduit (Roger), Durand (Maurice).

2. Médecin : M. Turpin ; assistante : Mlle Tisserand (Marie) ; interne : M. Ordonneau ; externes : MM. Bilski-Pasquier, Caspar (François), Leddet (Fr.), Tardieu (Yvan), Sénécal.

3. Médecin : M. Weissmann ; interne : M. Isal ; externes : M. Perrimond, Mlle Krajevitch, M. Charuel, N...

4. *Consultation de médecine.* — M. J. Marie ; assistant : M. Mallet ; interne : M. Ducournau ; externes : MM. Ardouin (Maurice), Pépin, Brunel (Philippe), Oudot (Marcel), Binda.

5. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie* (tri-hebdomadaire). — M. Robert Bourgeois ; assistant de consultation : M. Franck (Gabriel) ; externes : N..., N..., N...

6. *Ophtalmologie.* — M. Renard.

7. *Electro-radiologie.* — M. Piot ; externe : N...

8. *Stomatologie.* — Stomatologiste : Mme Papillon-Léage.

Maison de Santé. — 1. Médecin : Mme Bertrand-Fontaine; asssitant : M. Fauvert; interne : M. Ristelhueber ; externes : MM. Le Forestier (Charles), Avenier, Noël (Pierre), Bleibtreu, Mme Mazzoli, M. Buriat.

2. Chirurgien : M. Moulonguet ; assistant : M. Soupault (Robert) ; internes : MM. Verstraete, Desfosses ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N...

3. *Consultation de médecine.* — Mme Bertrand-Fontaine; interne : M. Gorin ; externes : Mlles Kahn-Bruker, Bett, N...

4. *Consultation de chirurgie.* — M. Moulonguet ; externes : N..., N..., N...

5. *Electro-radiologie.* — M. Guilbert, (chef adjoint : M. Rebuffel).

Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le prof. Lereboullet; assistant : M. Lelong (Marcel) ; chefs de clinique : MM. Rossier, Delort, Cochemé ; chefs de laboratoire : M. Detrois, Mme Rossier (moniteur) ; internes : M. Deuil, Mlle Garnier ; externes plus un provisoirement : MM. Borniche, Guézou, Mlle Caubel, MM. Grobon, Wapler (Jean), Divisia, Mlle Ardillier, M. Duranteau.

2. Chirurgien : M. Fèvre ; assistant : M. Judet (Jean) ; internes : MM. Henrot, Tostivint ; externes : N..., N..., N..., N..., N...

3. Accoucheur : M. Vignes ; interne : M. Blancard (Jacques) ; externes : MM. Le Tan Vinh, Guinard, Mlle Laemmer.

4. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Dechaume ; adjoint : M. Cauhepé ; assistant : M. Malingre.

5. *Electro-radiologie.* — M. Aimé ; externe : N...

Bicêtre. — 1. Médecin : M. Moreau ; assistant : M. Boudin (Georges) ; internes : MM. Serane, Deprez ; externes : MM. Libert (André), Chapelet (Jean), Duché (Didier), Tixier (Pierre), Cayé (Bernard), Gerbaux (Alain), Dupuy (Michel), Poujol (Jean), Pelbois (Jacques), Rosey (Jean), Tobé (François).

2. Médecin : M. Alajouanine ; assistant : M. Thurel (Robert) ; internes : MM. Villey-Desmeserets, Milliez ; externes : MM. Scherrer (Jean), Villey-Desmeserets (Claude), Lefort (Jacques), Taptas, N..., N...

3. *Service de chroniques.* — M. Alajouanine ; externes : MM. Gautier (J.-P.), N...

4. Médecin : M. Paraf ; interne : M. Coury ; externes : MM. Weissman, Gomez, N..., N..., N..., N...

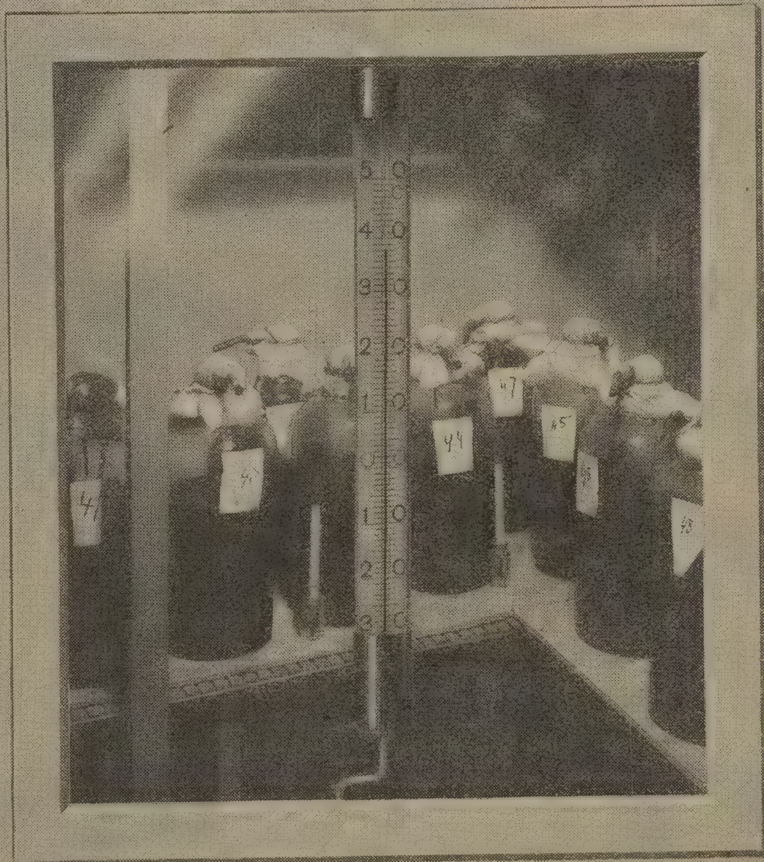
5. *Service de désencombrement.* — Médecin : M. Moreau; interne : M. Kaufmann ; externes : N..., N..., N...

6. Chirurgien : M. Toupet ; assistant : M. Mouchet (Alain) ; assistant de consultation : M. Orsoni ; internes : M. Rougé ; Mlle Mendras, M. Berton ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...

7. *Service temporaire de chirurgie.* — M. Toupet ; externes : N..., N...

8. *Service d'aliénés.* — M. Maillard ; interne : M. Kreisler.

9. *Consultation de médecine.* — M. Moreau ; interne :



M. Minkowski ; externes : MM. Jacquet-Lagrège, Maigne.
10. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — Chef de consultation : M. Aubry ; assistant de consultation : M. Sauvain (Yves) (réservée aux malades hospitalisés).
11. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Hudelo (réservée aux malades hospitalisés).
12. *Consultation de stomatologie.* — M. Lacaisse.
13. *Electro-radiologie.* — M. Truchot ; externe : N...

Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain ; assistant : M. Mollaret ; chefs de clinique : MM. Gabriel, Salles, Auzépy, Guilly ; chefs de laboratoire : MM. Bertrand, Lereboullet, Mathieu ; internes : MM. Rouzaud, Droguet, Barré (Yves), (en surnombre à titre étranger : M. Sévi-léano) ; externes : MM. Gabe, Pécheux (Jean), Lévy (Jean-Ernest), Mouret, Decroix, Lacourbe, Mlle Circus.
2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; assistant : M. Chabrun (Jean) ; interne : Mme Nordmann ; externes : M. Bertier (J.), Mlle Morin-Gautier, Gourdin, Leca (Jean), Mme Hamel.
3. Médecin : M. Faure-Beaulieu ; assistant : M. Christophe (Jean) ; interne : M. Courjaret ; externes : N..., N..., N..., N..., N...
4. Médecin : M. Lévy-Valensi (remplacé par M. le prof. Claude) ; assistant : M. de Sèze ; internes : Mme Weil, Mlle Moreau ; externes : MM. Faurel, Goldberg-Rukowsky, N..., N...
5. Médecin : M. Lemaire ; assistant : M. Gilbrin (Emile) ; internes : M. Saltet de Sablet, Mme Martin, E. P.; externes : Mlle Dupont (Solange), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...
6. *Services de désencombrement (adultes).* — M. Mollaret; internes : Mme Pechet, M. Camus (Jean) ; externes : MM. Bailliart, N..., N..., N...
7. *Service de désencombrement (enfants)* : M. Perrault ; internes : M. Ancelin, Mlle Rosenkovitch ; externes : N..., N..., N...
8. Chirurgien : M. le prof. Gosset ; assistants : MM. Petit-Dutaillis, Gosset (Jean), Funck-Brentano (Paul) ; chefs de clinique : MM. Lortat-Jacob, Guenin, Rouvillois, Cordebar, Bolivar (à titre étranger) ; chefs de laboratoire : M. Rouche, Mme Delauney ; internes : MM. Schaeffer, Lataix, Debelut ; externes (plus un anesthésiste) : N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...
9. Chirurgien : M. Barbé ; assistant : M. Aubrun (Witold) ; interne : M. Hewitt, E. P. f. fonc.
10. *Soins aux blessés militaires* : M. le prof. Gosset ; interne : M. Brenier.
11. *Consultation de médecine de la Pitié transférée à la Salpêtrière.* — M. Escalier ; assistant : M. Rogé (Raymond); interne : M. Chartrain ; externes : MM. Juret, Tararine, N...
12. *Electro-radiologie.* — M. Bourguignon ; chef adjoint : M. Beau ; interne : M. Courtenay-Mayers ; externe : N...
13. *Stomatologie* (centre de prothèse). — Stomatologiste : M. L'Hirondel ; adjoint : M. Gencel ; assistants : MM. Mercat, Chauffart.
14. *Clinique chirurgicale.* — M. Petit-Dutaillis ; assistant : M. Ribadeau-Dumas (Charles) ; interne : M. Torre ; externes : N..., N..., N..., N...

Ivry. — 1. Médecin : M. Coste ; assistant : M. Morin (Marcel) ; internes : MM. Hardel, Capron ; externes : Mlles Duchamp, Koo, N..., N...
2. *Chroniques et admissions.* — Externes : N..., N...
3. *1er service temporaire de rougeole.* — M. Coste ; interne : M. Logeais (ancien interne) ; externes : N..., N..., N..., N...
4. *2e service temporaire de varicelle.* — M. Coste ; interne : M. Leroy (ancien interne) ; externes : N..., N..., N..., N...
5. Chirurgien : M. G. Bloch ; assistant : M. Cordier (Gaston) ; internes : MM. Lang, Seyer ; externes : MM. Parrot, N..., N..., N...
6. *Electro-radiologie.* — M. Pestel ; M. Desgrez (provisoirement).
7. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie* (réservée aux malades hospitalisés). — Assistant de consultation : M. Chaillouet (Robert).
8. *Stomatologie.* — M. Mesnard.

Ménages. — 1. Médecin : M. Brodin ; assistant : M. Aubin (André) ; interne : M. Taveau ; externes : MM. Autier, Daffos, Galland (Roger), Mathieu de Fossey, Ponson (Léon).
2. M. X... ; assistant f. fonc. de chef : M. Gérard-Marchant ; internes : MM. Wintrebert, Ronsin, Darricau ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...
3. *Service de désencombrement.* — M. Brodin ; interne : M. Demassieux ; externes : N..., N..., N..., N..., N...
4. *Radioscopie.* — M. Lifschitz.

La Rochefoucauld. — 1. Médecin : M. Kudelsky ; E. P. M. Hemeury ; externe : M. Doutriau.

Debrousse. — 1. Médecin : M. Michaux ; interne : Mlle Tourneville, E. P. f. fonc.

Brévannes. — 1. Médecin : M. M. Renaud ; assistant : M. Petit-Maire ; internes : MM. Casalta (ext. f. fonc.), Cœuillez (conc. spécial).
2. Médecin : Mme Roudinesco ; internes : M. Inbona (ancien interne), Mlle Dreulle (ancienne interne), M. Wallet (Max), ext. f. fonct., M. Alhomme, ext. f. fonc.
3. Médecin : M. Albot ; assistant : M. Gerbeaux ; interne : M. Legrand ; internes (concours spécial) : Mlle Fossier, E. P. ; MM. Brandon, ext. f. fonc., Chassagne (ancien interne), Bellin (ancien interne), Chabasseur.
4. Médecin : M. Bourgeois ; assistant : M. Didier ; interne : M. Sebag, ext. f. fonc. ; interne (conc. spécial) : M. Tahar.
5. *Oto-rhino-laryngologie* (réservée aux malades hospitalisés). — Chef de consultation : M. Granet (Etienne) ; assistant de consultation : N...
6. *Stomatologie.* — M. Hénault ; assistants : Mlle Fruton, M. Huichard.

Sainte-Périne. — 1. Médecin : M. Cachera ; interne (conc. spécial) : M. Maillard.

Chardon-Lagache. — 1. Médecin : M. Cachera ; interne (conc. spécial) : M. Reynaud (ancien interne).

Marmottan. — 1. Médecin : M. Gatellier ; internes : MM. Beauchart, Delouche, Prochiantz ; externes : N..., N..., N...

Garches. (*Hôpital Raymond-Poincaré*). — 1. Médecin : M. Rouquès ; interne : M. Debouvry (ancien interne) ; internes (conc. spécial) : MM. Sriber, Deschaux, N...
2. Médecin : M. Kourilsky ; interne : Mlle Corre; internes (conc. spécial) : M. Sicard (interne), Mlle Rémond, M. Delcambre (ext. f. fonc.).
3. Chirurgien : M. Richard ; assistants : Mlle Picard, M. Delahaye ; internes : MM. Kroff, Mayaud ; externes : MM. Courtin, Brami, Brille (Pierre), Mlle Guillouet, N..., N...
4. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie* (réservée aux malades hospitalisés). — Chef de consultation : M. Dreyfus (Jacques).
5. *Consultation d'ophtalmologie* (réservée aux malades hospitalisés) : M. Voisin.
6. *Consultation de stomatologie* (service assuré par M. Chaput de l'hôpital Tenon).

Sainte-Anne. — 1. M. le prof. Laignel-Lavastine ; assistant : N... ; chef de clinique : MM. Durand, Bouvet, Vidard, Mignot, Asnard (à titre étranger) ; neuro-psychiatrie : M. Chapoulaud ; chefs de laboratoire : MM. Gallot, Marette, Parcheminey, Mlle Bauhaire ; externes : MM. Leulier (Roger), Dupont (Victor), N..., N..., N..., N...

Hendaye. — 1. Médecin : M. Morancé ; internes : MM. Aga (ext. f. fonc.), Le Naour (ext. f. fonc.).
2. Chirurgien : M. Allard (soins aux malades de Berck) ; internes : MM. Peyron (ext. f. fonc.), Baud (ext. f. fonc.).

Antoine-Chantin. — 1. Médecin : M. de Gaudart d'Allaines ; assistant : M. Patel ; chef de laboratoire : M. Bulliard ; internes : MM. Compagnon (Lucien), Gandrille, Rometti ; externes : MM. Darris, N..., N..., N..., N...
2. *Electro-radiologie.* — M. Surmont.

Piccini. — 1. Médecin : M. de Gennes ; assistants : MM. Mahoudeau (Daniel), Chassagne ; interne : M. Zivy ; externes : M. Loygue, Mlle Bory, MM. Legrand, Basset (Bernard), Hartmann (Jean), Sersiron, Mme Desvignes.

2. M. le prof. Lemaître ; assistant titulaire du service : M. Lemaître (Yves) ; assistant suppléant : M. Moulin (Jean); assistant de consultation : M. Chaillouet (Robert) ; chefs de laboratoire : MM. Ardoin, Moulin (moniteur) ; chef de clinique : M. Ossenat ; internes : MM. Aurenche, Clerc ; externes : MM. Nicolle (Ch.), N..., N..., N..., N...

Cité Universitaire (*Fondation Deutsch de la Meurthe*). — 1. Médecin : M. Julien Marie ; internes : MM. Sallet, Welti (ancien interne); externes : M. Pichon (Rémy), Mlle Huguet, MM. Melun, Monod (Eric), Raymond (Jean), Jourde, Tsevrenis, Mathey.

2. Médecin : M. Soulié ; interne : M. Laroche ; externes : MM. Tequi, Ferrand (Jacques), Garrigues, Mlle Aïtoff, N..., N...

3. Médecin : M. Garcin ; interne : M. Tiret ; externes : Mme Bach née Vettier, MM. Depinay, Sirot, Chapuis (Gilbert), Dubois, Leroy.

4. Médecin : M. Hamburger ; interne : Mlle Depitre, E. P. f. fonc. ; externes : MM. Racovsky, N..., N..., N..., N...

5. Médecin : M. Lenègre ; assistante : Mme Jourdan-Gagneur ; interne : M. Bach ; externes : MM. Forest, El Okby, Mlle Laprade, MM. Avril, Laurent (Pierre).

6. Médecin : M. Merklen ; interne : Mlle Grumbach ; externes : Mme Bornette, N..., N..., N..., N..., N...

7. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Rémy-Néris.

8. *Service Central de radiologie.* — M. Delapchier.

Champrosay. — 1. Médecin : M. Nouvion ; assistants :

2. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie* (réservée aux malades hospialisés). — M. Granet (chef de consultation) ; assistant de consultation : N...

Champcueil. — *Consultation d'oto-rhino-laryngologie* (réservée aux malades hospitalisés). — M. Granet (chef de consultation) ; assistant de consultation : N...

CLASSEMENT COMPLÉMENTAIRE DES SERVICES DE RADIOLOGIE

Hôtel-Dieu. — *Service central d'hydrothérapie et de thermothérapie.* — Chef de service : M. Duhem ; chef adjoint : M. Moro (Jean), assistant f. fonc. ; assistant : M. Prunel.

Service central d'électro-radiologie. — Chef de service : M. Lagarenne ; chef adjoint : N...

Service d'électro-radiologie du centre de traitement des tumeurs. — Electro-radiologiste chargé du service : M. Gibert ; assistant de rœntgenthérapie et de curiethérapie : M. Juquelier.

Saint-Antoine. — Chef de service : M. Cottenot ; chefs adjoints : MM. Ordioni (Paul-Antoine), Cherigié (Edouard), assistants f. fonc. ; assistant : M. Le Dinh Thi ; assistants du service d'électro-radiologie du centre de traitements des tumeurs : MM. Falcoz (André), Quivy (Jean-Charles-Georges).

Necker. — *Service central d'électro-radiologie.* — Chef de service : M. Gilson ; chef adjoint : Mme de Leeuw née Lacascade (Rose-Marie-Juliette), assistante f. fonc. ; attachés d'électro-radiologie : Mme Gaucher née Monin (Françoise), M. Lamy (Alfred-Roger).

Service d'électro-radiologie du centre de traitement des tumeurs. — Electro-radiologiste chargé du service : M. Coliez ; attaché l'électro-radiologie : M. Dumas.

Cochin. — Chef de service : M. Dariaux ; chef adjoint : M. Desgrez ; assistant : M. Dubois (Edmond) ; attaché d'électro-radiologie : M. Wattez (Edouard-Louis-Gustave).

Tenon. — Chef de service : M. Lepennetier ; chef adjoint : M. Bouchard (Maurice), assistant f. fonc. ; assistant : M. Godefroy (Michel-Louis) ; attaché d'électro-radiologie : M. Simon (Franck).

Service d'électro-radiologie du centre de traitement des tumeurs. — Electro-radiologiste chargé du service : M. Mallet.

Laennec. — Chef de service : M. Delherm ; chef adjoint : M. Devois (Auguste-Théophile-Hubert) ; assistants : M. Jouveau-Dubreuil (Hippolyte-Auguste), M. Hélié (Yves), M. Lefebvre (Jacques-Emile) ; attaché d'électro-radiologie : M. Mion (René-Jean), à partir du 1er avril 1941.

Bichat. — Chef de service : M. Foubert, électro radiologiste des hôpitaux faisant fonctions de chef de service à titre provisoire à dater du 16 avril 1941 ; assistants : Mme Wessbecher (Marguerite), MM. Prévost (André), Le Canuet (Roger).

Broussais. — Chef de service : M. Morel-Kahn ; assistants : M. Brunet (René).

Boucicaut. — Chef de service : M. Joly ; chef adjoint : M. Blanche (André-Pierre), assistant f. fonc. ; assistant : M. Chenilleau (André).

Vaugirard. — Chef de service : M. Gally ; attaché d'électro-radiologie : M. Lapipe.

Ambroise-Paré. — Chef de service : M. Detré ; assistant : M. Lebouchard (Robert-Arthur-Charles).

Saint-Louis. — Chef de service : M. Belot ; chefs adjoints : MM. Nadal (René), Peuteuil (Georges) ; assistants : MM. Buhler (Yves-Edgar), Monmignaut (François-Guy), Salaun (Olivier), Puyaubert (Pierre-Joseph), Duchamp (Jean).

Broca. — Chef de service : M. Thoyer-Rozat ; assistant : M. Pulsford (Jean).

Baudelocque. — Chef de service : M. Petit.

Maison Municipale de Santé. — Chef de service : M. Guilbert ; chef adjoint : M. Rebuffel (Léon-Emmanuel), assistant f. fonc.

Enfants-Malades. — Electro-radiologiste des hôpitaux f. fonc. de chef de service : M. Porcher ; chef adjoint : M. Bernard (Paul-Marie), assistant f. fonc. ; assistant : M. Mignon (Paul-Marcel).

Bretonneau. — Chef de service : M. Lomon ; chef adjoint : M. Le Goff (Pierre), assistant f. fonc. ; assistant : N...

Trousseau. — Chef de service : M. Guenaux ; assistant : M. Damond (Robert-Julien).

Hérold. — Chef de service : M. Piot ; assistant : M. Duval (André).

Enfants-Assistés. — Chef de service : M. Aimé ; assistant : M. Mainguy (Paul).

Bicêtre. — Chef de service : M. Truchot ; chef adjoint : M. Cassan (Pierre-Etienne), assistant f. fonc.

Salpêtrière. — Chef du service central d'électro-radiologie : M. Bourguignon ; assistants : MM. Mathieu (Pierre), Humbert (René-Armand-Pierre).

Service d'électro-radiologie du centre de traitement des tumeurs. — Electro-radiologiste chargé du service : M. Ledoux-Lebard.

Ivry. — Chef du service : M. Busy (Jacques), électro-radiologiste des hôpitaux.

Marmottan. — M. Dupouy (Jean), assistant f. fonc. de chef adjoint.

Garches. — *Hospice Raymond-Poincaré.* — Assistant : M. Goubert (Claude).

Piccini. — M. Surmont, électro-radiologiste des hôpitaux chargé du service.

Antoine-Chantin. — M. Mery (Robert-Marc-Léon), assistant d'électro-radiologie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 7 mai 1941

Volvulus aigu du cœcum (Présentation de radiographies). — M. Funck-Brentano.

La contracture abdominale dans les plaies de la fesse par projectiles de guerre. — MM. F.-P. Leclerc et Sautter. — M. Ménegaux rapporte ce travail basé sur cinq observations.

M. Basset fait remarquer que les plaies pénétrantes de l'abdomen à entrée par la fesse ne sont pas exceptionnelles.

A propos de deux cas de fractures de la diaphyse fémorale consolidées avec chevauchement notable. — M. Poilleux. — M. Brocq fait un rapport sur ces deux observations dans lesquelles une traction par broche de Kirschner installée après ostéotomie du cal vicieux permit d'obtenir une correction satisfaisante du chevauchement.

A propos des hernies postérieures des disques intervertébraux. — M. Alajouanine rappelle les étapes qui ont conduit à une connaissance précise de ces lésions ; dans les cas typiques, la sciatique présente quelques caractères nets : unilatéralité, résistance au traitement habituel, attitude antalgique, pincement radiologique du disque. Dans les autres cas, seule l'épreuve lipiodolée permet d'étayer le diagnostic ; grâce à un lipiodol fluide, M. Alajouanine obtient des images totales du cul-de-sac dural ; cette méthode s'est montrée très sensible. Quelquefois on est amené à proposer une laminectomie exploratrice ; ces interventions révèlent tantôt l'existence d'une hernie discale, tantôt une autre lésion anatomique, telle qu'un hématome des racines du sciatique, une bride dure mérienne comprimant une racine, etc.

M. Alajouanine fait remarquer que la récupération post-opératoire est d'autant plus rapide que la lésion est opérée tôt ; la récidive n'a jamais été observée par l'auteur qui croit qu'il y a erreur d'interprétation due à l'existence de plusieurs hernies discales chez le même sujet.

Preuve biologique de l'épuisement de l'hormone cortico-surrénale dans le choc expérimental chez le chien. — MM. Lambret et Driessens insistent sur l'importance de l'exhémie du plasma sanguin au cours du choc ; cette exhémie prive l'organisme de tous les sels qui peuvent intervenir dans la défense de l'organisme ; cette fuite du plasma est possible par suite des modifications de la perméabilité des capillaires. Les auteurs ont montré qu'au cours du choc, il existe une déficience importante de l'hormone cortico-surrénale ; cette déficience importante de l'hormone cortico-surrénale ; cette déficience interviendrait peut-être dans les modifications de la perméabilité capillaire.

Plaies de poitrine. — M. Sauve résume la discussion et montre que les auteurs sont d'accord pour utiliser la tente à oxygène dans les suites opératoires ; en revanche, le débat reste ouvert sur la conduite à tenir en présence des projectiles inclus ; faut-il intervenir immédiatement ou secondairement, en un ou deux temps ?

Traitement des anthrax. — Présentation de malades. — MM. Lenormant et Legroux ont associé le traitement ioduré et le traitement sulfamidé pour agir sur ces lésions à staphylocoques. Les résultats paraissent particulièrement favorables.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 mai 1941

Un cas de thrombo-phlébite jugulaire. — MM. Ramadier et Mollaret. — Communication d'un cas de thrombo-phlébite jugulaire consécutive à une angine infectieuse ayant déterminé une septicémie à bacilles funduliformis. La guérison suivit la résection du segment de jugulaire intéressé par la phlébite. Les auteurs ont pu suivre l'évolution de la maladie et proposer l'opération au moment le plus propice ; on constata une pullulation du germe dans le thrombus.

Un cas de spondylite staphylococcique. — M. Decourt. — L'auteur présente un cas dont les accidents aigus furent guéris par la sulfamidothérapie.

Un cas de péricardite calcifiante. — (Rapporté par M. Hillemand). — MM. A. Germain, M. Le Gallou et G. Gautron présentent un cas de péricardite calcifiante chez un homme de 48 ans ; l'origine tuberculeuse est probable. L'affection, qui paraît remonter à 8 ans, est très bien tolérée et n'a pas évolué depuis un an d'observation. Les auteurs attribuent cette tolérance au fait que l'imprégnation calcaire s'est produite avant que la symphyse

n'ait amené une rétraction importante et a ainsi fixé les lésions. La calcémie et la fibrinémie sont normales ; le phosphore minéral du sérum et la phosphatase sanguine sont très diminués.

Observation de syndrome neuro-œdémateux. — MM. J. Cathala, R. Laplane et R. Cler. — Observation d'un enfant qui, au mois de janvier présente un épisode infectieux. Quinze jours après apparaissent des œdèmes prédominant à la face et qui se généralisent. Il est hospitalisé à l'hôpital Trousseau dans les derniers jours de février. Il persiste un syndrome œdémateux, sans signes urinaires, azotémie normale, T. A. 9 1/2-6. Surtout existe un syndrome neurologique caractérisé par des troubles de la marche et une atteinte prédominante des muscles de la ceinture pelvienne (lorsque l'enfant s'assied il prend une attitude comparable à celle d'un myopathique). Le liquide céphalorachidien est normal. Réaction de dégénérescence au niveau des quadriceps et des jambiers antérieurs.

L'enfant revu dans les derniers jours d'avril, est presque guéri.

Cette observation se rapproche de celles rapportées par M. Debré, M. J. Marie et M. Hutu sous le nom de syndrome neuro-œdémateux épidémique.

Action de l'extrait post-hypophysaire sur le diabète insipide. — M. Decourt. — L'auteur conclut que l'extrait post-hypophysaire a un effet antidiurétique propre qui ne semble pas dépendre de la rétention du chlorure de sodium.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 26 avril 1941

Méthode optique pour l'étude de la coagulation plasmatique. — MM. C. Lian et R. Sassier mesurent l'augmentation de la densité optique du plasma au cours de sa coagulation, coagulation préalablement suspendue par le froid et mise en route à +20° par addition de sérum physiologique calcifié.

La courbe des variations de densité optique mesurée de minute en minute, après une première phase, dite de précoagulation, pendant laquelle la densité optique ne varie pas, prend la forme d'un « S ». Cette technique photométrique permet de déterminer avec précision le temps de coagulation, et aussi d'analyser le processus dans ses différentes phases.

Sur certaines actions pharmacodynamiques inhibitrices de l'éphédrine. — M. M. Bariéty et Mlle D. Kohler montrent que si la plupart des sympatholytiques diminuent les effets presseurs de l'éphédrine et laissent néanmoins subsister, en partie, son action d'exagération sur l'hypotension provoquée par l'histamine ou la trinitrine, la cocaïne et la bi-phénoxy-l-éthylamine suppriment également cette dernière influence.

Dépendance de la fonction cortico-surrénale chez l'homme vis-à-vis de l'acide ascorbique. Variation d'élimination urinaire de l'hormone corticale. — MM. A. Giroud, M. Martinet et M.-T. Bellon ayant constaté que le taux d'excrétion urinaire de l'hormone corticale chez l'homme dépend de l'apport en vitamine C, sont amenés à conclure que, chez l'homme, la valeur fonctionnelle de la surrénale dépend de l'apport en acide ascorbique.

Mode d'action de l'anoxémie sur le système nerveux. — M. et Mme A. Chauchard et M. Paul Chauchard montrent que l'anoxie détermine à la fois inhibition cérébrale et excitation médullaire, tandis que le nerf, isolé, est inhibé. La dépression atmosphérique provoque une excitation plus forte de la moelle, sans doute par action physique de la dépression.

L'isochronisme des neurones moteurs centraux et périphériques, phénomène de subordination. — M. et Mme Paul Chauchard mettent en évidence l'influence du centre mésencéphalique régulateur des chronaxies (subordination), qui maintiendrait les chronaxies motrices centrales encéphaliques basses et isochrones aux chronaxies périphériques.

Le sommeil naturel serait dû à l'arrêt transitoire de fonctionnement de ce centre, l'augmentation des chronaxies centrales déterminant alors l'inhibition corticale et la disparition de la motricité volontaire et de la sensibilité consciente (hétérochronisme entre centres et périphérie).

INFORMATIONS

(suite de la page 410)

Nécrologie

Nous apprenons, avec une vive peine, la mort, à l'âge de 67 ans, après une longue maladie, de notre confrère et ami le Dr Paul Boudin, ancien interne des hôpitaux de Lyon, docteur en droit, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Boudin s'était spécialisé dans l'étude du syndicalisme médical. Il occupait une place de premier rang parmi ceux qui défendent nos intérêts professionnels.

A son fils, le Dr Georges Boudin, ancien interne des hôpitaux de Paris, à nos confrères du *Concours Médical* si douloureusement atteints par ce nouveau deuil, nous adressons l'expression de notre très vive sympathie.

On annonce la mort du Dr A. de Grailly, père du professeur agrégé de Grailly, de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Du Dr François Le Gueut, membre du Conseil de l'Ordre des Médecins des Côtes-du-Nord, décédé à Tréguier.

Et de M. Bernard Kœnig, externe des hôpitaux de Paris, fils du Dr Kœnig (d'Orléans).

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 43-44. — 28-31 MAI 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Administration générale de l'Assistance publique à Paris. — *Concours pour la nomination à dix places de médecins de l'Assistance médicale à domicile.* — Ce concours sera ouvert le lundi 23 juin 1941, à 9 heures 30. (Les candidats seront informés par lettre du lieu de la première épreuve).

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de Santé), de 15 à 17 heures, du vendredi 16 mai au vendredi 30 mai 1941 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Hôpitaux de Lyon. — Le *Journal Officiel*, du 21 mai 1941, publie la loi du 20 mai 1941 relative à l'organisation du Conseil général d'administration des hospices civils de la ville de Lyon.

Le Conseil général d'administration doit comprendre notamment un professeur de clinique de la Faculté de Médecine de Lyon présenté par le Conseil de la Faculté, un médecin ou un chirurgien des hôpitaux en exercice.

Faculté de Médecine de Paris. — AVIS. — Les étudiants démobilisés ou libérés des chantiers de jeunesse en novembre et décembre 1940, janvier, février, mars, avril 1941, sont priés de se présenter d'urgence au secrétariat de la Faculté (bureau du secrétaire-adjoint, soit de 10 heures à midi, soit de 14 à 17 heures, muni de leur titre de libération ou de démobilisation.

— LES PRIX DE FACULTÉ désignés ci-dessous, et non attribués en 1940, en raison des circonstances, sont susceptibles d'être répartis fin 1941 :

Prix Boulay : Recherches sur le cancer (délivré par l'Institut du cancer). — Prix Déroulège (900 francs) : Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer. — Prix Desmaze (1.700 francs) : Récompense du meilleur traité sur la grippe. — Prix Gérard-Martinet (2.850 francs) : Prix à un étudiant pourvu de douze inscriptions au moins poursuivant des recherches pour découvrir un médicament (sérum, etc.), susceptible d'atténuer, en France, les ravages causés par les maladies contagieuses. — Prix jeunesse (histologie, 1.500 francs) : Meilleur ouvrage relatif à l'histologie. — Prix Lacaze (20.000 francs) : Au meilleur ouvrage sur la phtisie. — Prix Saintour (12.000 francs) : Sur le sujet suivant : « acidose diabétique » indiquer de la façon la plus précise les recherches ou missions poursuivies en y joignant les justifications et attestations nécessaires.

Les candidatures pour ces prix seront formulées sur timbre à 6 francs et adressées à M. le Doyen de la Faculté de Médecine avant le 15 octobre 1941. La demande devra être accompagnée d'au moins un exemplaire de l'ouvrage présenté.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — Notes, composition écrite : Anatomie : MM. Cauchoix et Lortat-Jacob : 28. — Pathologie chirurgicale : MM. Cauchoix et Lortat-Jacob : 28. — Bactériologie et sérologie : MM. Cauchoix et Lortat-Jacob : 13. — Total de l'écrit : MM. Cauchoix et Lortat-Jacob : 69.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Epreuve écrite de physiologique. — Notes : MM. Thomeret, Lascaux et Le Brigand : 12 ; Germain, Adam et Dufourmentel : 11 ; Prochiantz, Kuss et Pruvost : 9. — Epreuve écrite de pathologie chirurgicale. — Notes : MM. Thomeret, Adam et Lascaux : 15 ; Germain : 14 ; Kuss et Le Brigand : 13 ; Dufourmentel : 12 ; Prochiantz et Pruvost : 11. — Total de l'écrit : MM. Thomeret et Adam : 55 ; Lascaux : 53 ; Germain : 52 ; Dufourmentel et Le Brigand : 51 ; Kuss : 47 ; Pruvost : 44 ; Prochiantz : 43.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Biens séquestrés. — Le *J. O.*, du 20 mai 1941, publie un arrêté, en date du 18 mai 1941, transférant aux Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins les biens de toute nature actuellement sous séquestre, composant le patrimoine des syndicats départementaux de médecins dissous en exécution de la loi du 7 octobre 1940 ainsi que ceux des unions départementales de syndicats médicaux.

Laboratoires du Secrétariat d'Etat. — Par arrêté du 6 mai 1941, M. Polonovski, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, est nommé directeur du laboratoire de chimie médicale de l'Institut d'Hydrologie et de Climatologie, à compter du 1er mars 1941, en remplacement de M. Desgrez.

Inspection de la Santé. — Par arrêté, en date du 18 avril 1941, M. le Dr Nordmant, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de Saône-et-Loire, est placé dans la position prévue par la loi du 3 octobre 1940, à compter du 20 décembre 1940.

Par arrêtés en date du 24 avril 1941 :

M. le Dr Hyronimus, médecin inspecteur de la santé du Nord, est affecté, en la même qualité, dans le département des Ardennes.

Mlle le Dr Harispe est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de la Nièvre.

M. le Dr Cuvier, directeur du bureau d'hygiène d'Arcachon, est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé des Landes.

M. le Dr Wolff est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé de la Meuse.

M. le Dr Villet, médecin inspecteur adjoint de la santé de la Haute-Garonne, est nommé médecin inspecteur de la santé de la Creuse, en remplacement de M. le Dr Vuillemin, non installé.

M. le Dr Leblanc, médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Isère, est nommé médecin inspecteur de la santé de la Savoie, en remplacement de M. le Dr Moncenix, non installé.

Par arrêté, en date du 6 mai 1941, M. le Dr Ruff est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin inspecteur adjoint de la santé de la Creuse.

Par arrêtés en date du 8 mai 1941 :

M. le Dr Bray, médecin inspecteur adjoint de la santé de Tarn-et-Garonne, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 16 mai 1941.

M. le Dr Lemoyne, directeur du bureau de l'hygiène de Brest, est reclassé en qualité de médecin adjoint à la santé et placé dans la 1re classe de son grade.

M. le Dr Violet, médecin inspecteur adjoint de la Drôme, est affecté, en la même qualité, dans le département du Rhône.

M. le Dr Carpentier est nommé médecin inspecteur adjoint de la Haute-Saône et chargé de la circonscription de Belfort.

Par arrêté en date du 11 mai 1941 :

Mlle le Dr Seris est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Orne.

Sanatoriums publics. — Mlle le Dr Fournier, médecin adjoint au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais), est affectée au sanatorium de Franconville à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), à compter de la date de son entrée en fonctions.

Hôpitaux psychiatriques. — Par arrêté, en date du 6 mai 1941, M. Moyon (Maurice), ancien préfet, est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Bron-Vlantier (Rhône), en remplacement de M. Coudurier, placé dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940.

Par arrêté, en date du 15 mai 1941, M. le Dr Martin (Christophe) est chargé, à titre provisoire, des fonctions de médecin chef de service à l'asile privé, faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Cayssiols (Aveyron), en remplacement de M. le Dr Rougean, appelé à d'autres fonctions.

(*J. O.*, 20 mai 1941.)

Par arrêtés, en date du 15 mai 1941 :

L'arrêté du 30 mai 1940 affectant M. le Dr Regis en qualité de médecin chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Marseille est rapporté.

M. le Dr Regis est maintenu, à titre provisoire, en qualité de médecin directeur de l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence.

Voir la suite des Informations, page 446.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

Ordre National des Médecins

Conseil Supérieur de l'Ordre
60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e)
(*Communiqué*)

Le Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins est heureux d'annoncer qu'il peut, dès maintenant, attribuer des prêts d'honneur à un certain nombre de jeunes médecins pour leur installation.

Au cours de sa session, du 21 au 25 mai, le Conseil Supérieur a continué l'étude de la retraite aux médecins âgés, qui pose de nombreuses questions d'ordre budgétaire dont l'incidence a besoin d'être mûrement approfondie.

De plus, le Conseil Supérieur s'est occupé de plusieurs sujets parmi lesquels l'unification des tarifs médicaux en matière de médecine sociale, les moyens de lutte contre l'avortement et l'organisation de la médecine dans les grandes collectivités.

Enfin, le Conseil Supérieur a poursuivi l'étude des lois concernant l'exercice de la médecine et le statut des spécialités.

Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine
(*Communiqué*)

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine nous prie d'insérer la très importante communication suivante :

Pour venir en aide aux très nombreux médecins qui n'ont plus la possibilité de circuler en voiture et leur faciliter le service des urgences, le Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine vient d'organiser **un service médical de transports automobiles.**

Ce service, avant tout destiné aux médecins, sera, dans la mesure des disponibilités, également à la disposition des malades susceptibles d'être transportés assis, soit pour se rendre dans une clinique ou rentrer chez eux, soit pour suivre chez un spécialiste un traitement pénible, comme un traitement radio ou radiumthérapique.

Son fonctionnement se fera dans les conditions suivantes :

Le Centre d'appel de ces véhicules automobiles à gazogène est situé 8, rue de la Cavalerie, au siège de la S. L. O. T. A. : deux lignes spéciales téléphoniques vont être installées et réservées aux appels des seuls médecins.

A l'appel, un voiture se rend immédiatement au point indiqué, effectue le transport et le retour, s'il y a lieu.

Aucune course ne peut être, pour le paiement, d'une durée inférieure à une heure. Son prix à acquitter immédiatement au conducteur est fixé comme suit :

1° Pour les médecins : la première heure, 50 francs ; par quart d'heure en sus, 15 francs. Tout quart d'heure commencé est dû.

2° Pour les malades : la première heure, 70 francs ; par fraction de demi-heure, en sus, 40 francs. Toute demi-heure commencée étant due.

Le contrôle est assuré par les soins du Conseil de l'Ordre. A cet effet les médecins qui désirent pouvoir faire appel à ces services sont priés de demander à la S. L. O. T. A. un carnet à souches qui sera personnel et numéroté. Le chauffeur de la voiture utilisée par le médecin ou le malade réclamera une feuille de ce carnet. Remplie et signée par le médecin, elle constituera un certificat de contrôle. Tous les soirs les feuilles ainsi détachées seront adressées pour vérification au Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine qui sanctionnera tous abus.

Ce service fonctionnera à titre d'essai à partir du 19 mai 1941 et de 8 heures du matin à 20 heures le soir. Toutes les voitures doivent être rentrées à cette heure limite.

Il s'agit là d'une organisation qui n'a été envisagée que dans l'unique souci de satisfaire les demandes les plus impérieuses inhérentes à l'exercice de la profession médicale. Si elle permet de fournir du travail à quelques conducteurs de voitures, les conditions qui ont été consenties par la Société exploitante ne lui permettront pas de faire bénéfice.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine pense pouvoir augmenter l'importance de ce service, si son fonctionnement s'avère insuffisant, et instituer un service de nuit dès le mois prochain. Les conditions de fonctionnement de ce service de nuit seront portées ultérieurement à la connaissance des médecins.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
BÉNERVA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Aneurine cristallisée* *(Vitamine B_1)* Comp. 1 mg. : 2 à 4 p. j. Amp. 1 cm³ (2 mg) : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ (10 mg) : 1 p. j.	B_1-Hypovitaminoses Surmenage, Algies, Polynévrites, etc.
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
ÉPHYNAL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Vitamine E synthétique* Comp. : 1/2 (chez le nouveau-né) Grossesse norm. : 1 à 2 p. j. Menace d'avortement : 5, 10 ou 20 p. j.	Avortement habituel Stérilité
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
LARISTINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Solution à 4 p. 100* *de monochlorhydrate Histidine* Amp. 5 cm³ : 1 p. j. intram. Amp. 1 cm³ : 1 p. j. intraderm.	Maladie ulcéreuse gastro-duodénale
LUSOFORME Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Solution de formaldéhyde* *et de ricinoléates alcalins*	Gynécologie - Obstétrique Antisepsie - Désodorisation
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide* *(Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies

REVUE GENERALE

LES ENTORSES DU GENOU

Par M. Pierre Lance

« Il n'y a rien sous le soleil d'aussi abominable que les définitions. Car si vous voulez définir un objet, il vous faut rassembler un millier de choses qui n'ont pas avec lui la moindre relation ». Si l'on considère le sujet qui nous occupe, rarement cette phrase de J. Hunter n'a paru pouvoir s'appliquer avec plus d'à-propos.

Car sous le terme d'entorse, le langage courant tend à désigner non seulement la lésion elle-même, infiniment variable dans son aspect, mais bien plutôt le mécanisme de torsion sur l'axe du pied ou de la jambe, générateur de cette lésion. Il y a déjà là, une première équivoque.

Mais il y a plus, car si l'on considère la lésion en elle-même, que d'imprécision sur ce qu'elle comporte! Nélaton disait que « l'entorse est constituée par la série des lésions produites quand une jointure subit un mouvement forcé n'aboutissant pas à la luxation » c'est-à-dire à la perte permanente du contact normal des surfaces articulaires. A ce reproche d'imprécision, M. Leriche en a ajouté un second dont il faut parler immédiatement, à savoir que cette définition classique ne tenait aucun compte des lésions physio-pathologiques déclenchées par le traumatisme et il a proposé de lui substituer celle-ci : « l'entorse est la conséquence réflexe d'un traumatisme par distorsion de l'appareil ligamentaire du genou ou d'une articulation », précisant qu'à ses yeux le tableau clinique était avant tout en rapport avec les troubles circulatoires engendrés par le traumatisme.

Cette question de définition n'a pas que l'intérêt un peu subtil d'une joute académique ; elle entraine toute une attitude dans la conception des lésions et par suite dans la conduite de leur traitement.

Renonçant à définir correctement les entorses du genou, on peut du moins préciser les limites de ce syndrome ; les travaux de ces vingt dernières années ont déjà permis d'en extraire une lésion bien limitée, les déchirures et ruptures des ménisques. On doit donc comprendre sous le terme d'entorse du genou :

— *L'entorse pure* (Leriche) sans déchirure ligamentaire ou arrachement osseux qui répond spécifiquement à la définition générale des entorses donnée par cet auteur ;

— *Les entorses compliquées* s'accompagnant de lésions d'un ou de plusieurs ligaments, rompus, désinsérés ou, au minimum, d'une hémarthrose.

On rejoint ainsi la classification purement clinique proposée par Kramer qui distingue quatre degrés dans les lésions des ligaments du genou : le premier degré est caractérisé uniquement par une tension élastique du ligament et des zones capsulaires voisines ; le deuxième degré est marqué par des déchirures partielles d'un ligament, les troisième et quatrième degrés répondant aux lésions complexes.

Les travaux de ces vingt dernières années se sont surtout attachés soit à la reproduction expérimentale des diverses lésions soit aux perfectionnements des techniques chirurgicales.

Parmi les travaux consacrés à la première question il faut citer ceux de Guedj, Leemans, Horwitz, Hustinx, Lebrigand.

Parmi les seconds nous retiendrons les rapports au Congrès International d'Orthopédie (1936, Mathieu, Platt, Bragard). les communications récentes de Leriche, Mondor, Merle d'Aubigné et Cauchoix, Huet, etc., et à l'étranger les articles de Bircher et Oberholzer, de Wittek, Felsenreich, Mandl, Campbell, Carrel.

Enfin trois monographies se sont efforcées à l'aide d'observations inédites de faire le point sur cette question toujours en évolution ; ce sont la thèse de notre regretté collègue H. Fontaine (1937), et les mémoires de Palmer (1938) et Zabala (1939).

ETUDE EXPERIMENTALE

Elle est fort ancienne puisqu'elle remonte à Amédée Bonnet qui, dès 1853, étudiait les lésions déterminées par des mouvements étendus d'abduction, d'adduction d'hyperextension et d'hyperflexion ; Segond montrait, quelques années plus tard, le rôle des mouvements de rotation sur lesquels devaient insister également Gangolphe et Thévenet, Kohler, Honiegsmied, etc.

Pratiquement ces recherches (dont on trouvera une étude critique très complète dans la thèse de Guedj) ont permis de décrire un certain nombre de lésions expérimentales, variables suivant le traumatisme mis en œuvre, mais sur lesquelles trop de facteurs d'erreur pèsent pour qu'il faille leur accorder quelque valeur.

L'absence de tonicité musculaire modifie déjà les conditions d'apparition des lésions, non seulement en ne soulageant pas en partie les ligaments de la tension qu'on exerce sur eux, mais encore en modifiant l'équilibre des forces ; sur le vivant, le tonus musculaire produit une force additionnelle dans le sens de l'axe du membre, action axiale, qui augmente la pression entre les surfaces articulaires et répartit différemment l'équilibre entre la tension, la résistance et la pression.

Au cours des recherches expérimentales manque constamment le déplacement parallèle des surfaces articulaires ; or, ce mécanisme explique parfaitement certaines lésions isolées des croisés (Palmer).

Enfin, et Bonnet l'avait déjà indiqué, la lésion dépend pour beaucoup du sujet sur lequel on expérimente : sur des cadavres d'adultes jeunes on a en règle des lésions d'arrachement des ligaments latéraux au niveau de leur insertion fémorale (22 fois sur 30 cas, Lebrigand). Sur des sujets âgés ou des femmes on observe surtout des fractures parcellaires ou des écrasements.

Ces notions suffisent à expliquer les discordances qui existent entre les lésions constatées opératoirement et celles obtenues sur le cadavre.

A l'expérimentation, on peut demander cependant quelques renseignements sur le rôle des différents ligaments dans le maintient de la statique du genou, compte tenu, là encore, de la tonicité musculaire.

Cette étude a été particulièrement bien faite par P. Delbet, Guedj, Leemans et Fontaine.

Voici les plus importantes de leurs conclusions, dont la connaissance est indispensable pour conduire avec méthode l'exploration clinique d'un genou traumatisé.

La destruction des deux ligaments latéraux et des deux ailerons chirurgicaux dans toute leur étendue ne permet aucun mouvement anormal en extension ; c'est seulement dans la flexion à partir de 20 degrés qu'on peut imprimer au genou un mouvement de latéralité.

La section du ligament latéral interne et des deux croisés ne permet aucun mouvement dans l'extension ; les surtouts ligamenteux et principalement les ligaments postérieurs suffisent à empêcher tout mouvement ; mais si l'on porte la jambe en flexion elle se place en même temps en abduction.

Le *rôle essentiel des ligaments croisés* est de limiter le glissement antéro-postérieur (Tillaux) : les croisés se tendent dans ce mouvement avant la capsule et ses renforcements périphériques. Le croisé antéro-externe limiterait le glissement antérieur à 6 millimètres, tandis que la capsule n'arrête ce mouvement qu'à 10 millimètres ; pour le glissement postérieur les chiffres seraient respectivement de 4 à 6 millimètres (Leemans).

Cependant Horwitz a récemment contesté ce rôle fondamental des croisés et estime, d'après ses expériences, que même en ce qui concerne les mouvements antéro-postérieurs *l'intégrité ou non du ligament latéral interne est essentielle.*

L'étude clinique du mouvement de tiroir nous fournira l'occasion de revenir sur cette notion et de montrer que c'est toujours la pathologie qui doit marcher en éclaireur ; les recherches anatomiques ou expérimentales ne viennent qu'après coup tenter de donner une explication, d'ailleurs plus ou moins rationnelle des faits.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Depuis quelques années les constatations opératoires faites systématiquement ou à titre curatif ont été suffisamment nombreuses pour permettre une conception plus exacte des dégats anatomiques au niveau des ligaments, de la capsule et de la synoviale.

Lésions du ligament latéral interne.

Tous les auteurs, sauf Leriche, s'accordent pour reconnaître sa très grande fréquence ; la lésion se présente sous différents aspects dont la statistique de Jirasek donne assez exactement la fréquence relative : sur 14 cas opérés, cet auteur a trouvé :

4 ruptures au milieu ;
3 arrachements de l'insertion fémorale ;
2 élongations avec effilochement ;
1 arrachement de l'insertion inférieure ;
4 lésions diverses : rupture basse, amincissement, rupture irrégulière, etc.

La déchirure à la partie moyenne siège en règle dans la partie sus-méniscale du ligament intéressant partie ou totalité du ligament ; assez souvent les fibres ne sont pas toutes rompues au même niveau donnant un aspect effiloché (Oudard). Le ligament peut se replier à l'intérieur de l'articulation venant s'interposer entre ménisque et condyle (Auvray, Palmer).

L'arrachement osseux, en particulier au niveau de l'insertion fémorale, serait assez fréquent (Lebrigand) mais parfois difficile à mettre en évidence en raison de sa profondeur et de l'intégrité apparente des plans superficiels.

Dans un certain nombre de cas, on a signalé une simple élongation du ligament à sa partie moyenne ; sa laxité est telle qu'on peut y faire un pli (Le Fort).

Cette lésion a été rencontrée 6 fois sur 21 observations (Fontaine) ; il n'est pas rare de la voir associée avec une lésion méniscale (Palmer).

Lésions du ligament latéral externe.

Classiquement cette lésion était considérée comme exceptionnelle et on en comptait les cas publiés (Mathieu, Perrin, etc.). Palmer, Merle d'Aubigné et Cauchois estiment au contraire qu'elle s'observerait avec une certaine fréquence ; en général c'est l'extrémité inférieure du ligament qui arrache un fragment de la tête du péroné, parfois même sa totalité ; le fragment osseux peut venir s'interposer dans l'articulation (Watson Jones).

Lésions des ligaments croisés.

Leur fréquence est discutée ; tandis que Leriche voit dans la rupture d'un croisé (ou dans l'arrachement de son insertion) la lésion la plus courante des entorses graves, les auteurs scandinaves, en particulier, l'estiment rare : Knoll n'en a rencontré que 2 cas pour 116 ruptures du ligament latéral interne observées chez des skieurs.

D'autre part la lésion d'un croisé est rarement isolée : Felsenreich, dans une statistique personnelle de 32 cas opérés, a trouvé :

15 fois l'association avec une lésion du collatéral tibial;
13 fois l'association avec des lésions importantes des coques condyliennes ;
1 fois l'association avec une lésion du ligament latéral externe ;
3 fois une lésion isolée.

C'est le ligament croisé antéro-externe qui est de beaucoup le plus souvent lésé : 56 fois sur 60 cas (Wittek), 7 fois sur 8 (Filippi).

L'aspect des lésions est variable :

Tantôt élongation sans solution de continuité visible (14 fois sur les 55 observations rassemblées par Fontaine). La lésion pourrait passer inaperçue au cours d'une intervention précoce et « cependant un ligament ainsi distendu deviendra un ligament de mauvaise qualité, lâche et mou, qui pourra entrainer des troubles fonctionnels et des douleurs » (Valls et Verbrugge).

Tantôt il y a rupture partielle siégeant sur l'une des faces du ligament ou rupture totale ; en ce cas, les extrémités sont effilochées vites rétractées et insuturables (19 cas sur 55, Fontaine).

L'arrachement d'une insertion n'a été rencontré que 12 fois par Fontaine ; tantôt il s'agit d'un arrachement parcellaire de l'échancrure intercondylienne, tantôt d'une fracture partielle du plateau tibial, pouvant intéresser partie ou totalité de l'épine ; Kohler, Bartle, Perthes considèrent que la première de ces éventualités est la plus fréquente ; pour Honniegsmied, Tavernier, Leriche, c'est presque toujours l'insertion inférieure qui serait arrachée par le croisé antérieur.

Lésions des ménisques.

Wittek, Felsenreich, considèrent que l'association d'une lésion du ligament latéral interne et du ménisque interne (dérangement interne du genou décrit par Hey dès 1803) est fréquente. Hulten l'a rencontrée 4 fois sur 20 cas, et Bircher, en se basant sur plusieurs centaines de cas, donne le pourcentage de 8 %.

L'intimité des rapports anatomiques entre ménisque interne et collatéral tibial suffit pour faire concevoir la possibilité de cette association bien que ce ne soient pas les mêmes mouvements qui lèsent les ligaments ou qui déchirent les ménisques.

Lésions de la capsule.

De nombreux opérateurs ont rencontré l'arrachement des expansions internes du quadriceps, des tendons de la patte d'oie qui sont désinsérés ou rompus à quelques centimètres au-dessus de leurs insertions.

Felsenreich, Merle d'Aubigné ont souligné la possibilité de lésions importantes et souvent méconnues de la partie postérieure de la capsule et de la coque condylienne interne.

Dans tous les cas opérés précocement par lui, d'Aubigné a trouvé une rupture de tous les plans : synoviale, capsule, ligament et aponévrose.

L'hémarthrose.

L'épanchement de sang dans la cavité articulaire est fréquent mais non constant, il peut manquer dans des formes graves où la rupture de la synoviale permet à l'épanchement de filtrer sous les parties molles péri-articulaires.

Cette hémarthrose n'est pas constituée de sang pur ; il s'y ajoute toujours de la sérosité sécrétée par la synoviale, et Delbet avait montré que le chiffre des hématies contenues dans ces épanchements pouvait osciller entre 1.500.000 et 13.000.

D'où vient le sang?

Dans quelques cas (Tavernier), on en a trouvé l'origine dans une déchirure du ligament adipeux, dans la rupture d'un croisé ou même du ligament latéral (Sicard). « Franchement personne n'en sait rien » (Leriche).

La résorption de l'épanchement est extrêmement variable ; parfois, elle se fait avec rapidité ; en règle elle est lente, la capacité de résorption de la synoviale étant faible. Il se produit alors des phénomènes d'irritation entretenus par les placards fibrineux collés sur sa face interne : 25 % des hémarthroses laissent des séquelles (Burkle).

Evolution spontanée des lésions.

Si l'on considère le grand nombre d'entorses du genou qui guérissent sans entrainer de gêne fonctionnelle ultérieure on serait enclin à penser que ces désordres ligamentaires peuvent se réparer spontanément.

L'expérimentation et surtout les constatations opératoires prouvent au contraire que les ligaments, et en particulier les croisés, possèdent une *inaptitude naturelle* remarquable à la réparation spontanée.

En cas de déchirure totale les deux extrémités se rétractent, s'atrophient et même disparaissent en partie ou en totalité (Pfab). Même la simple élongation peut entrainer une dégénérescence myxomateuse (Smith).

Lorsqu'il existe un arrachement osseux, Tavernier a montré qu'en ce qui concerne l'épine tibiale, trois éventualités sont possibles :

Si le fragment est gros la consolidation osseuse sur place est habituelle ; petit, il reste appendu à l'extrémité du ligament ; dans quelques cas il pourrait se libérer de ses attaches et constituer un corps étranger libre.


G
STELVIA
B

A ces facteurs mécaniques viennent s'en ajouter d'autres d'ordre biologique qui sont parfois importants : « Dans beaucoup de ces traumatismes articulaires, il se produit une réaction hypérémique intense qui conditionne l'apparition de réactions tissulaires variées : synovite proliférente, dystrophie des cartilages, raréfaction osseuse; ce sont là les vraies séquelles de l'entorse » (Leriche).

On a voulu conférer une véritable autonomie à l'un de ces troubles que l'on décrit sous le nom de maladie de Pellégrini-Stieda ; c'est en réalité une ossification hétérotopique développée dans la partie haute du ligament latéral interne ; son origine traumatique n'est pas constante (Finder, Odesky).

(A suivre.)

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Quelques particularités du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Le rhumatisme articulaire aigu tient, en pathologie infantile, une place d'autant plus importante que les lésions cardiaques y sont plus fréquentes, qu'elles entravent le développement, font du malade un infirme et sont une cause trop fréquente de mort. Il convient donc de bien connaître ses particularités cliniques. Nous les exposerons en nous inspirant surtout de l'article qu'avec M. René Prieur, nous avons consacré à ce sujet dans les *Archives de Médecine Infantile* (mai-juin 1940). Les symptômes articulaires y sont habituellement prédominants, mais ils peuvent aussi être frustes ou même manquer complètement. M. H. Grenet a eu le grand mérite d'attirer l'attention sur ces formes extraarticulaires, souvent méconnues, et que guérit si bien le salicylate lorsqu'il est donné à temps et à doses suffisantes.

Voyons d'abord les formes articulaires. Parmi les enfants atteints d'*arthrites rhumatismales généralisées* que nous avons eu à soigner, 75 % ont été atteints de cardiopathie, chiffre qui correspond à ceux auxquels arrivent MM. Nobécourt et Grenet. et sur ces 75 %, 70 % ont conservé des lésions cardiaques définitives.

Dans 55 % de nos cas, la maladie a débuté par une angine rouge. Certains sujets ont souffert d'angine à chaque récidive, chez d'autres, elle n'est apparue qu'au moment de la première poussée.

Le début d'emblée par la fluxion articulaire avec tous ses caractères classiques de mobilité est le plus fréquent, mais elle peut être réduite au minimum. Nous avons, à l'inverse, observé des cas où la douleur, très intense, paraissait siéger sur la métaphyse et s'accompagnait de rougeur, d'hyperthermie, de détérioration de l'état général, de sorte que l'on pouvait penser à une ostéomyélite ; mais rapidement les accidents s'amendaient sous l'influence du salicylate. Deux fois, le torticolis a été le phénomène initial, comme dans certains cas de Trousseau. Ainsi que beaucoup d'auteurs, nous avons été frappés de la fréquence des troubles digestifs prémonitoires ou contemporains des arthropathies : vomissements alimentaires ou bilieux, diarrhée prandiale ou constipation ; chez deux malades, le premier symptôme avait été constitué, ici, par des réactions appendiculaires, là par des symptômes d'occlusion, qui les avait fait diriger sur un service de chirurgie.

En face de ces *formes d'intensité moyenne* se dressent les *formes graves*, qui se compliquent d'accidents d'ordre viscéral : pancardite, péricardite, œdème du poumon, pleurésie, encéphalite. La fièvre est élevée, l'état général très atteint et seule, la constatation d'arthropathies permet d'éliminer le diagnostic de fièvre typhoïde, de grippe, de paludisme ou de méningite. Tantôt l'évolution maligne se poursuit régulièrement, tantôt elle est entrecoupée de longues phases où les signes se stabilisent. Dans certains cas, enfin, on assiste à une brusque aggravation, ou encore, sur les lésions cardiaques vient, comme nous l'avons vu une fois, se greffer une endocardite d'Osler. Plus souvent, on assiste au développement d'une asystolie irréductible, liée à une symphyse du péricarde ou encore des accidents infectieux terminent la scène. Ces formes graves peuvent être parfois prévues, grâce à l'apparition de manifestations cutanées, érythèmes discoïde ou annulaire, dont nous avons vu un cas typique, ou d'adénopathies aiguës.

Il existe aussi des *formes prolongées*, où les manifestations articulaires, sans tendre vers la chronicité, se prolongent des semaines, avec douleurs articulaires, tachycardie légère, augmentation discrète du ventricule gauche, fébricule persistante, et que finit par guérir le salicylate donné au début de chaque mois.

N'oublions pas non plus les *formes où les arthropathies sont si atténuées*, les phénomènes généraux restant très intenses, que l'on songe, selon les cas, à une typhoïde, à une septicémie, à la tuberculose, jusqu'au jour où l'on a l'idée de recourir au traitement salicylé.

Les formes extraarticulaires sont depuis longtemps connues, mais elles sont beaucoup plus fréquentes et plus importantes qu'on ne le croyait jadis (H. Grenet).

Suivant qu'il existe ou non une localisation précise, on peut décrire des formes :

1° *Infectieuses, à allures typhiques ou septicémiques*, dans lesquelles une fièvre variable, avec un peu de pâleur et de toux, et, parfois, quelques troubles digestifs, résume toute la symptomatologie jusqu'au moment où apparaît une endocardite ;

2° *Viscérales pures*, qui peuvent être :

Cardiaques. Ce sont les plus fréquentes. Il s'agit d'endo, de myo ou de péricardites, ou d'accidents de collapsus cardiaque dont la cause reste inconnue parce qu'elles ne sont jamais accompagnées d'arthropathies. En présence de tels malades, et surtout lorsque les hémocultures restent négatives, il faut systématiquement, essayer le traitement salicylé ;

Pleuro-pulmonaires, parmi lesquelles on peut distinguer des *congestions pulmonaires œdémateuses suraiguës généralisées* (rhumatisme du poumon d'emblée de Bernheim), des *broncho-pneumonies aiguës*, que guérit le salicylate, des *pleurésies* séro-fibrineuses ou purulentes, celles-ci exceptionnelles ;

Nerveuses (Targowla).

En somme, les auteurs n'ont pas seulement observé les formes classiques, articulaires, mais aussi les formes extraarticulaires, qu'il est indispensable d'avoir toujours présentes à l'esprit, puisque, traitées par le salicylate, elles guérissent dans la plupart des cas.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La réorganisation de la profession médicale

Les maux dont souffre actuellement la Médecine tiennent pour la plus grande part à la pléthore. Cette pléthore, ses causes et ses conséquences ont été remarquablement étudiées à la Fédération Corporative des Médecins de la Région Parisienne, dans un rapport précis et fouillé de notre confrère Hartenberg. Au cours de l'Assemblée générale des délégués de cette Fédération, tenue le 25 mai à la Faculté de Médecine, sous la présidence du Dr d'Ayrenx; ce rapport a été discuté en présence de nombreux confrères et approuvé totalement.

Il propose comme remèdes, le *numerus clausus* ; un examen éliminatoire après une année de préparation ; cet examen, basé sur un enseignement judicieusement organisé, permettrait de sélectionner parmi les candidats ceux qui présenteraient des aptitudes à étudier et à exercer la médecine, en fait, à substituer la qualité à la quantité.

Les qualités envisagées comme indispensables sont :

« D'abord, et avant tout, l'esprit d'observation, condition nécessaire du sens clinique qui reste la base même de la pratique médicale.

Ensuite, la sûreté du jugement, qui permet d'interpréter avec justesse les symptômes observés.

Puis une mémoire convenable, pour retenir les notions multiples de la pathologie.

Et, enfin, la valeur morale qui maintiendra toujours le médecin dans le chemin de l'honneur et de la probité. »

Serait exigé le baccalauréat latin-grec. « Nous estimons, en effet, que ce baccalauréat est indispensable à l'exclusion de tout autre, pour embrasser la carrière médicale. Aucune profession peut-être, plus que la nôtre, n'exige cette culture supérieure des humanités qui élève et affine l'esprit et crée la mentalité des élites. »

Pour que le médecin puisse exercer dignement le rôle qui lui revient dans la Société, certaines conditions sont nécessaires. Il faut supprimer les concurrences extra-médicales, l'exercice illégal, réserver les hôpitaux aux indigents et nécessiteux, de même que les cliniques et les dispensaires, enfin ramener à leur rôle exact les assurances sociales.

Pour lutter efficacement contre l'exercice illégal, le rapport propose une innovation : la saisie provisoire immédiate du matériel et la fermeture du cabinet dès que les poursuites sont dûment engagées. Cette méthode est déjà appliquée avec succès à l'étranger.

Il est à souhaiter que les Pouvoirs Publics tiennent le plus grand compte de ces propositions et que l'Ordre des Médecins en appuie la réalisation prochaine.

A. H.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 20 mai 1941

Les sulfamides. Chimie et pharmacologie. — M. Tréfouel. — La chimiothérapie antibactérienne est née avec la découverte faite par Domagk des propriétés antistreptococciques expérimentales du Prontosil, colorant azoïque. L'orientation nouvelle date des travaux entrepris à l'Institut Pasteur qui ont permis, en disséquant la molécule du Prontosil, d'en dégager la partie active, le p-aminophényl-sulfamide ou 1162 F, molécule de constitution chimique simple, de faible poids moléculaire, douée d'une grande diffusibilité et d'une polyvalence d'activité exceptionnelle ; enfin dont l'action *in vitro* contraste avec l'inactivité *in vitro* du Prontosil.

Les recherches chimiques poursuivies dès lors sur la molécule du 1162 F, ont permis de mettre en évidence l'activité particulière de plusieurs de ses dérivés, exemple : activité antipneumococcique du Dagénan ; activité antistaphylococcique du Sulfathiazol.

L'étude comparative de l'absorption, de la répartition et de l'excrétion de ces trois médicaments peut guider le clinicien pour l'établissement d'une posologie rationnelle.

Le principe du dosage du corps actif dans les humeurs est donné. Enfin, l'auteur indique le degré de sensibilité réciproque des divers animaux au sulfamide, ainsi que l'évolution des symptômes toxiques qui, à doses massives, amènent la mort de l'animal d'expérience.

Chimio-prévention expérimentale de l'infection bactérienne des plaies. — M. Legroux rappelle comment l'emploi du sulfamide a été appliqué sur les blessés de l'armée française en 1940.

Il montre quelles sont les bactéries que l'on doit redouter dans les infections graves des plaies, et que ces bactéries sont normalement présentes dans les poussières du sol, le revêtement cutané, les débris de vêtements et même sur les projectiles.

A la lumière des travaux de Legroux et de Loiseleur sur la cytolyse aseptique expérimentale, on peut suivre le travail de dissociation chimique dans une plaie de guerre.

Dès la mort de la cellule par écrasement ou par suite de la destruction vasculaire, une acidose par accumulation d'acide lactique se produit et amène le contenu cellulaire à pH = 6. A cette réaction les ferments endocellulaires ont leur maximum d'activité, tandis que au pH = 7,2 — 7,5 de la cellule normale ces ferments n'exercent aucune action. La dégradation des protides des cellules surtout au niveau des noyaux, aboutit au stade polypeptide, puis la cellule gonflée par appel d'eau des espaces interstitiels éclate et met en liberté les polypeptides. Ceux-ci sont à leur tour dégradés en plus petites molécules par les ferments leucocytaires, la plaie étant envahie en quelques instants par les cellules mobiles de la défense normale. Ces produits peuvent être mis en évidence dans la plaie : polypeptides, peptides, puis acides aminés.

Dès l'apparition des petites molécules dans la plaie il se forme des foyers d'oxydo-réduction qui sont des milieux de choix pour le développement rapide des bactéries anaérobies de la gangrène gazeuse. De plus, les produits de cytolyse peuvent être toxiques par eux-mêmes et, passant dans la circulation concourent à l'état de choc que présentent certains blessés, 3 ou 4 heures après la blessure.

Après la démonstration expérimentale de cette dégradation protidique rapide, on put expérimenter l'action bactériostatique de 1162 F sur les animaux de laboratoire : lapins pour l'infection streptococcique, cobayes pour l'infection gangréneuse.

Cette expérimentation est obtenue après broyage des muscles profonds de la cuisse et dépôt d'un corps étranger bactérifère sur ces muscles ; la plaie est suturée. Les animaux témoins meurent rapidement, les animaux ayant reçu une pulvérisation de sulfamide sur la plaie présentent une survie jusqu'à ce que le médicament soit éliminé par la voie sanguine. Dès que le taux de sulfamide circulant s'abaisse à moins de 1 milligr. pour 100 cc. de sang l'animal meurt de son infection dans les 48 heures. Mais si l'animal est opéré au moment de l'abaissement du titre sanguin et reçoit une pulvérisation au niveau de sa plaie, il survit.

L'application de ces recherches à l'homme est facile : on peut prévenir l'infection des plaies de guerre par un saupoudrage bien fait et que l'on peut répéter toutes les 24 heures en attendant l'exérèse chirurgicale. Lors d'une infection déclarée le traitement local suspend la division bactérienne et le traitement ab ore empêche la généralisation infectieuse.

La notion des doses à donner, de la durée du traitement, ainsi que le titrage du sulfamide dans le sang et les urines sont donnés en détail.

Sur les applications de la sulfamidothérapie en chirurgie. — M. Lenormant. — « Dans ce rapport, demandé par l'Académie, sont seulement envisagées les indications qui paraissent logiques de la sulfamidothérapie à des lésions ou maladies chirurgicales, et les résultats actuellement connus de ces applications. Il y a lieu de remarquer que ce n'est que pour le traitement des plaies (et spécialement des plaies de guerre) que nous possédions des séries importantes d'observations ; pour les autres emplois possibles de cette thérapeutique en chirurgie, les documents sont encore trop peu nombreux pour que l'on puisse porter un jugement définitif ; ils méritent cependant d'être rassemblés.

On peut grouper les applications faites jusqu'ici de la sulfamidothérapie en chirurgie, sous les cinq chapitres suivants.

I. *Sulfamidothérapie dans les traumatismes récents.* — On ne saurait trop répéter, après Legroux, que jamais l'emploi du sulfamide ne saurait dispenser de l'acte chirurgical de débridement de la plaie, ablation des corps étrangers et excision des tissus mortifiés — qui reste l'élément essentiel du traitement, le seul qui évite ou enraye l'infection. Ceci posé, l'action bactériostatique du sulfamide peut être utilisée dans les plaies récentes de deux manières : elle peut être employée seule, avant l'acte chirurgical qu'elle permet de reculer dans le temps ; elle peut être associée d'emblée à cet acte, pour en compléter et parfaire le résultat. Le premier mode d'emploi présente surtout de l'intérêt en chirurgie d'armée ; l'expérience qui en a été faite dans la guerre récente a été interrompue trop tôt pour être absolument concluante ; cependant quelques résultats très encourageants ont été signalés. L'association simultanée et précoce du nettoyage chirurgical de la plaie et de la sulfamidothérapie locale (pulvérisation, crayons) et *per os* a été mise en œuvre très souvent et tous les chirurgiens qui y ont eu recours ont constaté les effets remarquables de la médication, qui réalise sans discussion un très grand progrès de la thérapeutique des plaies ; c'est ce qui ressort des faits apportés à l'Académie de Chirurgie en novembre et décembre derniers ; c'est ce que paraissent confirmer les applications faites plus récemment dans les traumatismes de la pratique civile.

II. *Sulfamidothérapie dans les infections traumatiques.* — L'emploi du sulfamide dans les plaies déjà infectées et dans leurs complications septiques est basé sur l'atténuation progressive des cultures additionnées de 1162 F (Legroux et Nitti). En clinique, l'action du médicament a été vérifiée dans de nombreuses observations, en particulier dans les infections gangréneuses (Monod et Claisse, Sauvé), dans les fractures ouvertes et infectées, dans les méningo-encéphalites traumatiques (Garcin et Guillaume), dans les infections pleuro-pulmonaires traumatiques, dans des arthrites suppurées du genou, dans un cas de péritonite par rupture de l'intestin (J. Gosset et Boutron).

III. *Sulfamidothérapie dans certaines séquelles des traumatismes.* — Il paraît logique et il est recommandable d'associer à la sérothérapie antitétanique préventive, la sulfamidothérapie *per os* et par poudrage de la plaie dans les ablations tardives de corps étrangers.

Nous avons utilisé, avec succès, les propriétés désinfectantes et cicatrisantes du sulfamide dans des plaies anciennes, suppurantes et atones.

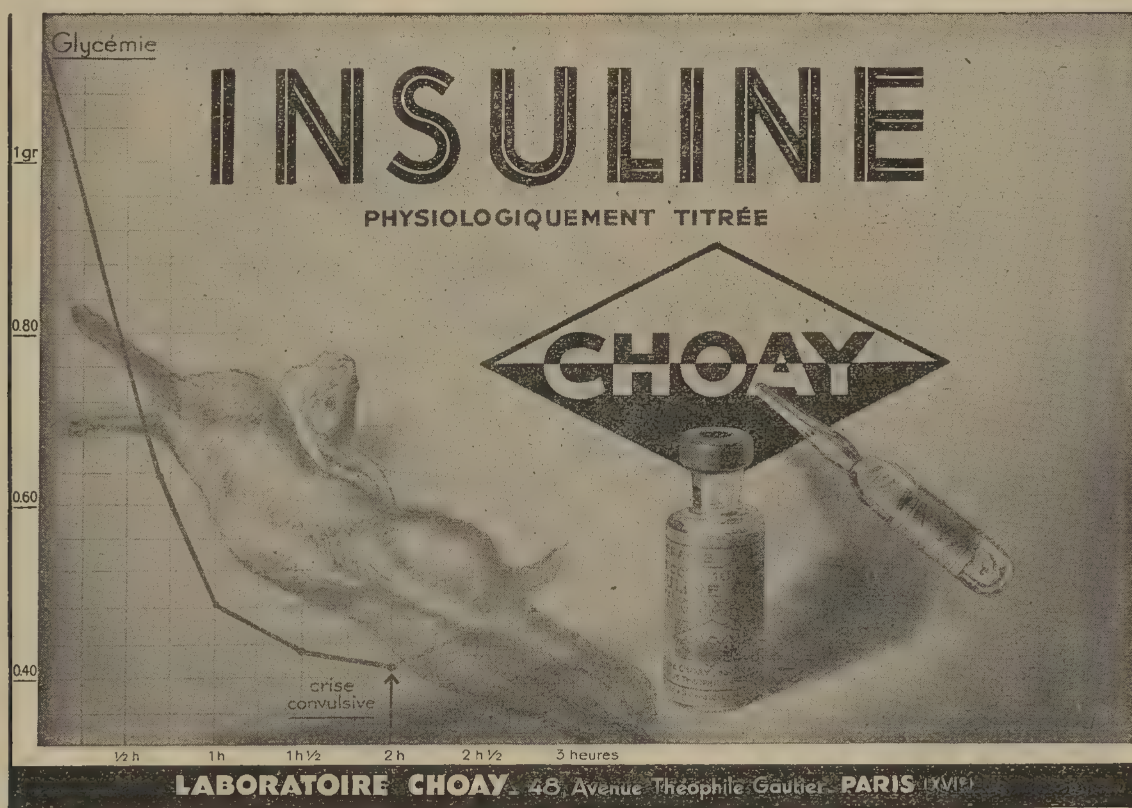
Enfin l'application locale de sulfamide, après évidement et extraction des séquelles, a certainement une influence heureuse sur l'évolution des ostéites traumatiques ; nous avons traité de la sorte une quinzaine de cas, avec des suites très favorables (raccourcissement du temps de comblement des cavités osseuses et de la cicatrisation) ; dans trois cas même, nous avons obtenu la réunion par première intention sur plombage au sulfamide.

IV. *Sulfamidothérapie dans les opérations en milieu infecté.* — Dans les interventions portant sur des organes à contenu septique (intestin) ou sur des lésions infectées, où l'asepsie rigoureuse de la plaie opératoire n'est pas possible, l'action bactériostatique du sulfamide peut être fort utile. Nous l'avons employée dans des opérations sur le rectum (amputation pour cancer ou rétrécissement), J. Gosset dans des appendicites gangréneuses : dans tous les cas, les suites générales et locales ont été simplifiées et favorables.

V. *Sulfamidothérapie dans les infections chirurgicales non traumatiques.* — Les applications que l'on peut envisager dans ce chapitre sont nombreuses et variées ; mais ce sont celles sur lesquelles nous avons le moins de documents, et l'on ne peut signaler que des faits isolés. On a employé le 1162 F en poudrage sur les foyers incisés dans des abcès, dans des phlegmons gangréneux du plancher de la bouche, dans des pleurésies à streptocoques, — en injection intra-articulaire dans des arthrites gonococciques, — en pulvérisation péritonéale dans une péritonite post abortum (Guénin), etc. Dans la péritonite à pneumocoques, on a associé à la laparatomie l'administration de Dagénan par voie buccale. La plupart de ces applications paraissent avoir joué un rôle dans la guérison.

Ce sont les infections staphylococciques qui semblent les plus rebelles à la sulfamidothérapie ; cependant Picot et Aurousseau


ÉLIXIR GREZ
Toni Digestif
ÉLIXIR GREZ
Chlorhydro-Pepsique
TONI-DIGESTIF
DÉPOT Gal PARIS
Laboratoires MONIN
49, Rue de Maubeuge
PARIS
Digestions pénibles
lentes et retardées
Insuffisance
gastrique


Glycémie
1gr
0.80
0.60
0.40
INSULINE
PHYSIOLOGIQUEMENT TITRÉE
CHOAY
crise
convulsive
½ h
1 h
1 h ½
2 h
2 h ½
3 heures
LABORATOIRE CHOAY 48 Avenue Théophile Gautier PARIS (XVIe)
DREVILL grav. imp.

ont eu quelques résultats favorables avec le Dagénan, Wilmoth avec le 2090 et le 2141 ; avec Legroux, nous avons traité deux anthrax graves par l'association de la médication iodo-iodurée et du 1162 F, et nos malades ont guéri rapidement et sans intervention ».

Election d'un membre titulaire dans la 2e section (*Chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales*). — Classement des candidats. En première ligne : M. Mathieu. En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Bazy, Labey, Mocquot, Okinczyc et Oudard.

M. le Professeur Paul Mathieu est élu par 54 voix sur 74. M. Labey a obtenu 7 voix, M. Okinczyc 4 voix, M. Oudard 4 voix, et M. Pierre Mocquot 2 voix.

Séance du 27 mai 1941

Action favorable de la sulfamidothérapie dans un cas d'encéphalite choréique grave. — MM. Georges Guillain et R. Tiffeneau rapportent l'observation d'une jeune fille de 22 ans qui fut atteinte au cours d'une chorée, de manifestations encéphalitiques graves : très grande agitation choréique de la face et des membres avec ecchymoses traumatiques, délire hallucinatoire avec confusion mentale, incontinence des urines, état général très sérieux. Le traitement arsenical, le chloral, les injections de gardénal n'eurent aucune influence sédative. Une dose de 5 gr. de para-amino-phényl sulfamide (1162 F) amena, en 48 heures, une amélioration considérable; ce traitement fut poursuivi durant plusieurs jours aux mêmes doses puis fut réduit progressivement ; la dose totale fut de 45 grammes. La guérison fut complète.

Les auteurs rappellent que si les sulfamides ont une action curative spécialement sur les infections à cocci, certaines infections à virus peuvent être aussi favorablement influencées. La présente observation mérite de retenir l'attention, car les encéphalites aiguës de la chorée avec confusion mentale, délire hallucinatoire, agitation extrême ne s'améliorent, en général, pas en 48 heures avec les médications classiques. Il semble que, dans ce cas, la thérapeutique par le 1162 F ait été particulièrement active et qu'elle doive être employée dans des cas semblables.

L'oxycarbonémie des diabétiques. — M. Lœper montre la fréquence dans le diabète d'une oxycarbonémie moyenne oscillant entre 10 et 20 cm³. Cette oxycarbonémie n'a pas de rapport strict avec le taux de la glycémie. Elle peut être insensible à l'action de l'insuline. Elle résulte très probablement de la combustion incomplète des glucides et semble pouvoir être l'origine de troubles vasculaires. La production de l'oxyde de carbone traduit un trouble d'oxydation incomplète des sucres. Elle semble l'intermédiaire entre certains phénomènes cliniques et l'hyperglycémie.

L'oxycarbonémie et le spasme vasculaire. — M. Lœper signale que certains spasmes vasculaires du cerveau, compliqués ou non de paralysie durable, certains spasmes des artères périphériques compliqués ou non d'oblitération et de gangrène, s'accompagnent d'oxycarbonémie. L'accident vasculaire est ici la conséquence plutôt que la cause de l'oxycarbonémie. Son mécanisme est analogue à celui des spasmes et oblitérations artérielles de l'oxycarbonémie professionnelle chronique. On doit le considérer avec l'érythrémie comme une des manifestations de l'oxycarbonémie endogène latente, ignorée.

Les vitamines du lait de femme. Etude comparative des rapports et équilibres alimentaires normaux, pour l'organisme du nourrisson et pour l'oganisme de l'adulte. — Mme Randoin, directeur du laboratoire de Physiologie de la Nutrition à l'Ecole des Hautes-Etudes, nous apprend que le lait d'une femme saine et bien nourrie est relativement riche en vitamines. Dans un litre de lait humain, il y a à peu près autant de vitamine C que dans un citron ou une orange, peu de vitamine B_1, mais beaucoup de vitamine B_2 (autant que dans deux œufs) et relativement beaucoup de vitamine A (à peu près la même quantité que dans 100 gr. de poisson gras).

La composition du lait de femme (en poids sec) — comparée à celle d'une ration bien équilibrée pour adulte (en poids sec) — montre nettement la richesse toute particulière de ce lait en graisse, en vitamine A et en vitamine C ou antiscorbutique.

Par contre, le lait de femme est pauvre en minéraux, sauf dans le cas des sels de potasse, des sels de fer, mais surtout des sels de chaux, dont la quantité est presque le double de la teneur en chaux de la ration de l'adulte.

Mme Randoin nous montre enfin combien les rapports et équilibres alimentaires sont différents dans les deux types de rations étudiées. Les valeurs de ces rapports sont, en général, beaucoup plus fortes dans la ration du nourrisson que dans la ration de l'adulte souvent le double ou plus du double. Cependant, il y a quelques remarquables exceptions : le rapport des vitamines B aux glucides (sucres et amidons), le rapport des protéines aux glucides et le rapport du calcium du fer sont sensiblement les mêmes dans les deux cas.

Ces recherches sont très utiles en ce sens qu'elles peuvent rendre plus aisé le travail, très difficile, des pédiatres qui désirent constituer, pour les nourrissons, des rations artificielles aussi satisfaisantes que possible, à base du lait de la vache, lait dont les rapports et équilibres nutritifs — tout à fait convenables pour assurer la croissance des petits veaux — sont malheureusement très différents de ceux du lait de la femme.

Vacances de la Pentecôte. — La séance du 3 juin n'aura pas lieu.

INFORMATIONS

(suite de la page 434)

Par arrêtés en date du 15 mai 1941 :

M. le Dr Carriat, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence, est affecté, sur sa demande, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique autonome de Marseille, en remplacement de M. le Dr Fasson, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Frey, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Cayssiols (Aveyron), est affecté, sur sa demande, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence, en remplacement de M. le Dr Carriat, muté sur sa demande.

Sanatoriums publics. — Par arrêté en date du 19 mai 1941 :

L'arrêté du 24 avril 1941 chargeant à titre temporaire, M. le Dr Schouller, médecin adjoint au sanatorium de la Meynardie (Dordogne), des fonctions de médecin directeur du sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne), est rapporté.

M. le Dr Schouller est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin directeur du sanatorium de Bellegarde à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne). (*J. O.*, 22 mai 1941.)

Légion d'honneur. — Marine. — *Chevalier :* M. le Médecin principal Dayde (Georges, Maurice), pour faits de guerre. A été cité. (*J. O.*, 17 mai 1941.)

Dentistes. — Le *Journal Officiel*, du 20 mai 1941, publie la loi du 14 janvier 1941 autorisant les dentistes non diplômés d'Alsace et de Lorraine à exercer sur tout le territoire français, à la condition qu'ils justifient avoir commencé leur apprentissage avant le 11 novembre 1918 et qu'ils remplissent les conditions de nationalité exigées par la loi du 16 août 1940.

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Jean Reymond est nommé adjoint au maire de Vichy.

M. le Dr Jean Roman est nommé adjoint au maire d'Aix-en-Provence.

M. le Dr Louis Contencin est nommé adjoint au maire des Martigues.

M. le Dr Pierre Coussieu est nommé adjoint au maire de Brive.

MM. les Drs Louis Née et Paul Hélot sont nommés adjoints au maire de Rouen.

M. le Dr Léopold Le Nouène est nommé conseiller municipal du Havre. (*J. O.*, 16 mai 1941.)

M. le Dr René Picard est nommé adjoint au maire de Nantes.

M. le Dr Langlet, chirurgien des hôpitaux de Reims est nommé adjoint au maire de Reims. (*J. O.*, 19 mai 1941.)

M. le Dr Fernand Renaud est maintenu dans les fonctions de maire d'Autun. (*J. O.*, 20 mai 1941.)

Les étudiants organisent des visites dans les hôpitaux. — Notre excellent confrère l'*Information Universitaire* consacre un article aux visites que les étudiants font régulièrement dans les hôpitaux pour aller réconforter les blessés sans famille ou isolés des leurs.

Après les élèves de l'Ecole Nationale de la France d'Outre-Mer qui, dès le mois de février, allaient visiter les soldats coloniaux blessés ou malades en traitement dans les hôpitaux de Paris, la grande masse de l'Ecole Nationale des Arts Décoratifs vient d'organiser, à son tour, des visites aux blessés de la Salpêtrière.

Les étudiants n'apportent pas seulement aux blessés le réconfort de leur présence ; ils y joignent de nombreux cadeaux qui matérialisent leur geste d'amitié.

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — Chaire d'histoire de la médecine. — M. le Dr Paul Chevallier, agrégé chargé de l'enseignement, a commencé son cours le mardi 20 mai, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — *Sujet du cours :* Histoire de la médication ferrugineuse.

Etudiants de 1re et 2e année. — Sujet : Alimentation, ration alimentaire, chaleur animale, sécrétion rénale. — Première leçon le vendredi 16 mai, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre, et leçons ultérieures les lundis et mercredis suivants, même heure, même amphithéâtre.

Travaux pratiques supplémentaires d'histologie (juin 1941). — Une série de travaux pratiques supplémentaires pour la 2e année (avec révision du programme de première année), aura lieu, chaque jour, du mardi 3 juin, à 14 heures, au mardi 17 juin. Y seront admis : 1° Les étudiants ayant leurs travaux pratiques validés, qui désirent faire une révision de ces travaux pratiques; 2° les étudiants n'ayant pas leurs travaux validés par suite d'absences justifiées ou de maladie. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 150 francs.

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laënnec. — Professeur : M. Jean Troisier.

M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. G. Brouet, agrégé, feront, durant le mois de juin 1941, quatre leçons sur : *Le traitement des symptômes de la tuberculose pulmonaire.*

Première leçon : dimanche 8 juin, à 10 heures 30, à la salle des conférences de la Clinique de la Tuberculose (Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres) ; M. Bariéty : *Toux, expectoration, dyspnée.*

Troubles de la thermorégulation, coup de chaleur, par L. Dérobert. — Un volume de 218 pages. Chez Masson et Cie, 1939. Prix : 50 francs.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — (*Année scolaire 1941-1942*). — MM. les Professeurs Lemierre et Baudouin sont nommés à la classe exceptionnelle.

M. Grégoire, professeur retraité est nommé professeur honoraire.

Un congé de six semaines est accordé à M. le Professeur Jeannin, à dater du 1er juin 1941.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — Epreuve orale d'anatomie. — Question : Corps thyroïde. Notes : MM. Cauchoix, 16 ; Lortat-Jacob, 15. — Epreuve orale de chirurgie. — Question : Abcès des os. Notes : MM. Cauchoix, 16 ; Lortat-Jacob, 14. — Médecine opératoire. — 1° Ligature de l'artère humérale au pli du coude (côté gauche) ; 2° Désarticulation du 5e orteil, avec son métatarsien (pied gauche). Notes : MM. Cauchoix, 28 ; Lortat-Jacob, 27. — Epreuve de dissection : Muscles long et court supinateur et leurs nerfs. Notes : MM. Cauchoix et Lortat-Jacob, 29. — Totaux généraux : M. Cauchoix, 158 ; M. Lortat-Jacob, 154.

Sont proposés : MM. Cauchoix et Lortat-Jacob.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Oral : Anatomie. — Questions : Muscle deltoïde et nerf circonflexe. — Dissection : Muscles longs fléchisseurs des orteils et leurs nerfs (du côté droit). — Totaux généraux : MM. Thomeret, 82 ; Adam et Lascaux, 81 ; Germain, 78 ; Dufourmentel, 77 ; Le Brigand, 76 ; Kuss, 71 ; Pruvost, 68.

Sont proposés : MM. Thomeret, Adam, Lascaux, Germain.

— BOURSES DE DOCTORAT. — Peuvent obtenir, sans concours, pour un an, une bourse de 1re année de doctorat en médecine, les étudiants qui justifient au minimum :

Soit de la note 70 à l'examen P. C. B. (ou de la mention « assez bien », au certificat d'études supérieures des sciences portant sur la physique, la chimie ou l'histoire naturelle) et des mentions suivantes aux deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire : deux mentions « bien » ou une « bien » et « assez bien ».

Soit de la note 75 au certificat P. C. B. (ou de la mention « bien » au certificat dit P. C. N. supérieur) et au moins d'une mention « assez bien » à l'une des parties du baccalauréat.

Les bourses de doctorat en médecine, à partir de la 2e année d'études, sont données au concours.

Sont admis à prendre part à ce concours, les candidats âgés de 18 ans au moins et de 28 ans au plus, appartenant aux régimes d'études fixés par les décrets des 10 septembre 1924 et 6 mars 1934, pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions, qui ont subi avec la moyenne d'au moins 6 sur 10, l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les concours ont lieu annuellement au siège des Facultés mixtes et des Facultés de médecine et de pharmacie, dans le courant du mois de juillet, au jour fixé par le ministre.

Pièces à fournir : I. — Pour les boursiers de 1re année :
1° Demande sur papier timbré à 6 francs ;
2° Notice individuelle (imprimé fourni par la Faculté) ;
3° Extrait du rôle des contributions ou certificat de non-imposition ;
4° Certificat indiquant les mentions obtenues au baccalauréat ;
5° Certificat indiquant le nombre de points obtenus au P. C. B.
II. — Pour les boursiers devant prendre part au concours :
1° Demande d'inscription au concours, sur papier timbré à 6 francs ;
2° et 3° (comme ci-dessus).

Les Pupilles de la Nation peuvent obtenir des bourses de doctorat sans concours, même s'ils ne remplissent pas les conditions prévues par l'arrêté du 15 mai 1927.

Ces demandes, rédigées sur papier libre et accompagnées des pièces indiquées ci-dessus, doivent être adressées à la Faculté

munies de l'avis de l'Office Départemental des Pupilles de la Nation dont dépend le candidat.

Les demandes de bourses de 1re année et celles des Pupilles de la Nation, ne participant pas au concours, devront parvenir complètes à la Faculté, avant le 5 juillet dernier délai. Celles des candidats qui se présentent au concours seront reçues jusqu'à une date fixée par le ministre.

Il est formellement rappelé que les demandes de bourses (soit au titre de pupille soit au concours) qui ne seront pas accompagnées du dossier réglementaire avec toutes les pièces indiquées ci-dessus ne pourront être prises en considération. Dans leur intérêt, MM. les Etudiants sont invités à constituer leur dossier de bourse, dès maintenant (s'adresser au secrétariat, guichet n° 1, de midi à 15 heures).

Exonération du droit d'inscription. — Des exonérations totales et des réductions de moitié du droit d'inscription sont accordées aux étudiants, en vertu du décret du 10 août 1935 (ces exonérations et réductions ne portent pas sur le droit de bibliothèque, ni sur celui de travaux pratiques afférents à l'inscription trimestrielle).

Le nombre des bénéficiaires des exonérations ne peut excéder 25 % du total des étudiants ; celui des bénéficiaires de réduction est limité à 10 % du même total.

Les demandes établies sur papier timbré et accompagnées de l'imprimé délivré par le secrétariat doivent être adressées à M. le Doyen, jusqu'au 31 octobre.

MM. les Etudiants qui ont déposé une demande d'exonération ou de réduction du droit d'inscription doivent l'indiquer sur leur bulletin, en prenant leurs inscriptions trimestrielles. Ils seront inscrits provisoirement et ne paieront qu'après décision ultérieure. Aucun remboursement ne sera accordé aux étudiants qui ne se seraient pas conformés à ces prescriptions.

Exonération de droits scolaires aux étudiants appartenant a des familles nombreuses (décret du 22 novembre 1925). — MM. les Etudiants français appartenant à une famille d'au moins trois enfants, ou ayant un frère ou une sœur, également en cours d'études dans une Faculté peuvent être dispensés, en totalité ou en partie, de droit de scolarité ou d'examen pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine. Les enfants Morts pour la France sont mis en ligne de compte pour l'admission au bénéfice de ces dispositions.

Les demandes établies sur papier timbré à 6 francs, accompagnées de l'imprimé délivré par la Faculté, d'un certificat de vie des frères et sœurs, d'un relevé des contributions et, le cas échéant, d'un certificat établissant la situation scolaire d'un frère ou d'une sœur dans un autre établissement d'enseignement supérieur, doivent être adressées à M. le Doyen, jusqu'au 31 octobre.

En prenant leurs inscriptions trimestrielles, MM. les Etudiants qui se sont mis en instance d'exonération de droits scolaires au titre des familles nombreuses, doivent l'indiquer sur leur bulletin. Ils seront inscrits provisoirement et ne paieront qu'après décision ultérieure. Aucun remboursement ne sera accordé aux étudiants qui ne se seraient pas conformés à ces prescriptions.

Avis très important : Les demandes de bourses ou d'exonération doivent être renouvelées tous les ans.

Secrétariat d'Etat à la Marine (Direction des services de la Marine marchande à Paris, Flotte de commerce, 3e bureau). — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de Médecine (laboratoire d'hygiène), à partir du 26 juin. (Voir *Gaz. Hôp.*, n° 39-40, 14-17 mai 1941.)

Les dossiers des candidats devront être adressés *dix jours à l'avance* au Secrétariat d'Etat à la Marine (direction de la Flotte de commerce), 3, place de Fontenoy, Paris (7e).

Cette demande devra être établie sur papier timbré et revêtue, en outre, d'un timbre fiscal de 20 francs pour paiement des droits d'inscription.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

Fédération des Associations Amicales des Médecins du Front. — Notre excellent confrère, le Dr R. Tournay, secrétaire général de la Fédération, nous communique un résumé des démarches faites par la Fédération auprès du secrétaire général à la Santé Publique.

La Fédération demandait : 1° *Un « numérus clausus » pour les candidats Juifs, au prochain concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Paris ; 2° la publication des listes de médecins étrangers ou naturalisés auxquels le droit d'exercer est retiré, et des listes de dérogations accordées, avec leurs motifs.*

Le secrétaire général à la Santé Publique a fait à ces demandes les réponses suivantes :

I

Paris, le 20 mai 1941.

« Mon Cher Confrère,

« En réponse à votre lettre du 8 mai, relative à la limitation « du nombre des candidats juifs admis à se présenter aux concours « de l'internat et de l'externat des hôpitaux, j'ai l'honneur de « vous faire connaître que j'avais déjà, antérieurement à votre « lettre, saisi de cette question M. le Haut-Commissaire aux questions juives.

« Je ne manquerai pas de vous tenir informé de la réponse qui « me sera faite par ses services.

« Veuillez agréer, etc. »

Le Secrétaire Général de la Santé,
Dr S. Huard.

II

Paris, le 13 mai 1941.

« Mon Cher Confrère,

« En réponse à votre lettre du 8 mai, j'ai l'honneur de vous « faire connaître qu'il m'est impossible de faire publier, au fur « et à mesure des décisions prises, les listes, avec noms et adresses, « des médecins étrangers ou naturalisés auxquels le droit d'exercer « a été retiré.

« Il ne me semble pas utile de donner une publicité, qui pour- « rait être ultérieurement dénaturée, à une décision frappant très « durement ceux qui en sont l'objet.

« La seule chose qui importe, c'est que nos jeunes collègues « puissent connaître, au fur et à mesure des décisions prises, les « places libérées par ces médecins afin de pouvoir s'y installer « en leur lieu et place.

« Or, chaque fois qu'un arrêté d'interdiction d'exercer est pris, « il est immédiatement notifié au Conseil Supérieur de l'Ordre « des Médecins avec les noms et adresses des médecins frappés par « cette décision.

« Il vous est facile de prendre communication de ces listes au « siège du Conseil Supérieur de l'Ordre et de pouvoir, ainsi, « conseiller et orienter vos jeunes camarades en quête d'un poste « où s'installer. Quant aux listes de dérogations accordées, elles « seront forcément publiées, puisqu'une dérogation ne peut être « accordée que par décret publié au *Journal Officiel*. Bien qu'une « liste de propositions ait été soumise au ministre, depuis quel- « ques semaines, aucune dérogation n'a encore été accordée à la « date de ce jour.

« Veuillez agréer, etc. »

Le Secrétaire Général de la Santé,
Dr S. Huard.

Ainsi donc *tous nos confrères, à la recherche d'un poste vacant, peuvent prendre communication des listes, avec noms et adresses des médecins étrangers ou fils d'étrangers auxquels le droit d'exercer a été retiré, soit directement au siège du Conseil Supérieur de l'Ordre, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, soit auprès du secrétariat de la Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front, 2, rue Dupuytren (6e).*



REVUE GENERALE

LES ENTORSES DU GENOU (1)

Par M. Pierre Lance

ETUDE CLINIQUE

Entorse légère, entorse grave! Là encore cette distinction classique ne peut avoir que la valeur d'un schéma forcément excessif, car chacun a pu voir des blessés chez lesquels, derrière une symptomatologie fruste, existaient cependant des lésions importantes ou simplement « ordinaires » (Mondor).

Entorse légère

Le tableau clinique en est trop connu pour qu'il y ait lieu d'y insister.

La douleur d'abord vive s'est atténuée à tel point que souvent le sujet a pu reprendre sa marche ; mais cette accalmie n'est que transitoire et vite la douleur réapparait, sourde, contusive. Il y a augmentation rapide de l'articulation et, au bout de quelques heures, un épanchement peut se constituer.

A l'examen on est frappé par le gonflement du genou, l'augmentation de la chaleur locale ; la recherche systématique des points douloureux révèle une sensibilité exquise sur le trajet du ligament latéral interne.

Cependant il n'existe aucun mouvement anormal de latéralité ou dans le sens antéro-postérieur.

Dans ces formes, en l'absence de toute lésion anatomique vérifiée, les manifestations cliniques apparaissent comme les conséquences réflexes du trouble fonctionnel que subit l'appareil sensitif contenu dans les ligaments. C'est le réveil brutal de la sensibilité interstitielle (inconsciente à l'état normal) qui déclencherait ces troubles vaso-moteurs ; la preuve en est fournie par le fait qu'on peut couper court ces manifestations en anesthésiant soit les terminaisons sensitives lésées, soit le sympathique lombaire (Leriche).

Entorse grave

Elle serait caractérisée par des lésions anatomiques que l'examen clinique va s'efforcer de dépister, car elles ne sont pas toujours manifestes d'emblée.

Ici encore on peut être frappé par l'importance de la chaleur locale, la rapidité du gonflement et de l'hémarthrose. Une ecchymose peut apparaître dès le lendemain du traumatisme ; son existence est à retenir ainsi qu'une certaine infiltration des parties molles ; la présence de ces deux signes traduit une lésion importante des plans superficiels (Sorrel).

Mais l'examen s'efforce surtout de préciser le siège des points douloureux et l'amplitude des mouvements.

Points douloureux. Une douleur exquise est habituellement trouvée sur le ligament latéral interne, soit au contact d'une de ses insertions, soit à sa partie moyenne ; d'autrefois c'est plus en avant au niveau de l'interligne, en regard de la corne antérieure du ménisque.

Etude des mouvements.

Tout mouvement actif est impossible et les mouvements passifs sont très douloureux et limités. Palmer insiste en particulier sur la *limitation de l'extension* qui se verrait même en l'absence de toute lésion méniscale, et dont la présence permettrait d'affirmer une rupture du collatéral tibial.

Mais surtout il existe des mouvements anormaux.

Le mouvement de latéralité en abduction (recherché sur la jambe en extension) est classiquement symptomatique d'une lésion du ligament latéral interne. Toutefois, sa valeur n'est pas absolue, car Bircher, Felsenreich admettent qu'il traduit plutôt l'association d'une lésion du ligament interne et du croisé antérieur ; mais, en pareil cas, il est très marqué et l'on observe un véritable sillon transversal au niveau de l'interligne dû à l'attraction de la peau par le vide articulaire (Spillmann). Fontaine estime d'autre part qu'un mouvement de latéralité n'est possible en extension complète que s'il y a également atteinte de l'appareil capsulo-périosté postérieur.

Le mouvement de tiroir se recherche sur la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse, celle-ci étant solidement maintenue par un aide. Décrit comme le signe pathognomonique d'une lésion des croisés, il a été cependant trouvé sur des genoux en apparence sains (Krenn) ; d'autre part, certains blessés ayant subi l'exérèse chirurgicale des croisés, ne le présentaient pas, si l'appareil ligamentaire latéral avait été parfaitement reconstitué.

Avec Felsenreich, Palmer estime que l'existence d'un mouvement de tiroir net, atteignant un centimètre traduit, sans conteste une lésion des croisés associée à une rupture du ligament latéral interne.

On recherchera également *les mouvements de rotation* le sujet étant couché sur le ventre le genou fléchi à angle droit ; une amplitude excessive de la rotation interne plaiderait en faveur d'une lésion du croisé antéro-externe (Mac Murray, Mathieu).

Tous ces mouvements anormaux peuvent être difficiles à mettre en évidence en raison des douleurs vives que provoque l'examen. Il y a intérêt à les rechercher après évacuation de l'hémarthrose et infiltration des ligaments latéraux.

Dans deux cas Hogarth Pringle ne les a vu apparaître que sous anesthésie générale.

Radiographie. Des clichés des deux genoux de face et de profil sont indispensables, leur étude permet de mettre en évidence les signes suivants :

1° L'existence d'un baillement de l'interligne à la partie interne lorsqu'on a eu soin de faire deux clichés du genou lésé, le premier en rectitude, le second avec abduction du genou (Palmer, d'Aubigné, Fuggazola et Castiglioni).

2° L'existence d'arrachements osseux au niveau des ligaments latéraux, ou encore dans la fossette intercondylienne antérieure. Les lésions des épines tibiales ne sont vraiment visibles que sur un film courbe.

3° L'arthropneumographie utilisée systématiquement par certains auteurs (Bircher et Oberholzer, Schumm, Palmer) fournit d'utiles précisions :

— Sur la position des ménisques et en particulier du ménisque interne qui suit toujours la portion du ligament interne qui est intacte.

— Sur l'état de la synoviale ; en cas de rupture de celle-ci (qui va toujours de pair avec des lésions ligamentaires importantes) on voit la substance de contraste filer dans les tissus péri-articulaires.

Les lésions des croisés sont plus difficiles à apprécier ; sur un cliché de profil les deux croisés apparaissent, à l'état normal, comme deux bandes claires rectangulaires se croisant l'une l'autre. Lorsqu'il y a lésion de l'un ou de l'autre la substance de contraste occupe la place laissée par le segment lésé, ce qui modifie l'aspect et le contour de l'ombre triangulaire antérieure (Palmer).

EVOLUTION

L'évolution de toute entorse du genou est dominée par une série de facteurs agissant les uns sur les autres et pouvant aboutir à des séquelles ; « quand on parle de séquelles d'ailleurs, on a tort, car ces facteurs de gravité sont contemporains du traumatisme » (Leriche).

Il faut y mettre tout d'abord les *troubles vaso-moteurs* dont l'infiltration locale, l'hyperthermie sont les moindres aspects ; par leur persistance ces troubles peuvent engendrer d'autres manifestations tel que le développement d'une synovite subaiguë aseptique, une ostéoporose qui, en atteignant la zone sous-chondrale, altère la nutrition des cartilages articulaires.

L'atrophie musculaire, dont le mécanisme est, depuis Vulpian et Charcot, toujours discuté, frappe électivement et très précocement le quadriceps et les muscles synergiques du ligament lésé. Sa régression est toujours lente

(1) Fin, voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 43-44.

et, à elle seule, elle entraine des troubles statiques considérables.

Evolution de l'entorse légère.

L'hémarthrose devient stationnaire au bout de 48 heures. Si on l'évacue correctement, la guérison se fait en trois semaines ; elle est d'autant plus rapide et plus complète que le sujet est jeune et sportif.

Abandonnée à elle-même l'hémarthrose est toujours longue à se résorber ; une arthrite chronique avec épaississement de la synoviale en est souvent la conséquence. Quoiqu'il en soit le pronostic d'une entorse, même banale, est difficile à fixer d'emblée.

Il dépend, pour beaucoup, du traitement mis en œuvre et si dans l'immense majorité des cas la guérison est obtenue sans séquelle, parfois contrairement à toute attente le blessé fait des rechutes ou présente ultérieurement des accidents de blocage en rapport avec une lésion méniscale. Dans certains cas enfin, il persiste un certain degré d'instabilité du genou par relachement des ligaments.

L'origine exacte de cet état d'hypotonicité ligamentaire nous échappe, mais son existence est un fait.

Evolution de l'entorse grave.

Certains blessés guérissent sans aucune séquelle ; d'autres au contraire vont présenter toute une gamme de troubles et d'accidents secondaires.

Chez un petit nombre de blessés (5 %, Palmer), il existe de la limitation des mouvements et, en particulier, de l'extension. Cette limitation est parfois assez importante pour que l'on ait envisager l'allongement du ligament latéral interne qui parait en être l'agent essentiel (Finder).

En règle, le trouble rencontré est une *instabilité* du genou ; souvent très marquée au début, lors de la reprise de la marche, elle peut s'atténuer à la longue lorsque la musculature du sujet reprend de la tonicité.

C'est ainsi que certains sujets ayant eu une lésion certaine d'un croisé arrive à ne présenter que des troubles apparemment minimes ; la marche sur terrain plat s'effectue sans aucune gêne, mais par contre au cours de la course ou du saut, le sujet éprouve une sensation d'instabilité, d'insécurité. Un examen attentif met en évidence un signe du « tiroir actif » qui apparait lorsque le sujet appuie fortement sur le sol au cours de l'extension complète du membre. La recherche des mouvements combinés de flexion et de rotation permet également de mettre en relief une certaine instabilité que ne masque plus la contraction musculaire.

Lorsque les croisés et le collatéral tibial ont été lésés simultanément les troubles peuvent être très accentués. Le genou gros et chaud est le siège d'une hydarthrose légère ; l'instabilité est marquée et gêne la marche ; la descente d'un escalier est impossible.

De nouvelles entorses et surtout des accidents de blocage méniscaux sont à craindre ; dans une telle articulation, le ménisque n'a plus son jeu physiologique ; il s'altère peu à peu jusqu'au jour où, à l'occasion d'un traumatisme insignifiant d'ailleurs, il se déchire ou se rompt (Bircher).

TRAITEMENT

La thérapeutique admise il y a seulement une vingtaine d'années se bornait aux massages et à la mobilisation précoce de l'articulation ; même l'évacuation systématique de l'hémarthrose n'était pas considérée comme indispensable.

Actuellement on a reconnu d'une part les avantages que comporte pour certaines lésions une réparation chirurgicale précoce, et, d'autre part, l'intérêt d'une évacuation rapide de l'épanchement sanguin. Cependant, la conduite à tenir n'est pas univoque et dépend évidemment de l'importance des lésions et de leur ancienneté.

Traitement des entorses légères

La mobilisation et le massage direct de l'articulation sont les grands responsables de bien des arthrites et périarthrites chroniques, des ossifications péri-articulaires. Cependant le blocage cocaïnique préalable permettrait justement cette mobilisation précoce sans entrainer les inconvénients précités (Leriche). Il est légitime de la faire dans tous les cas où l'examen clinique permet de conclure à une simple distorsion des ligaments, à une « entorse pure » ; ce diagnostic doit être fait avec circonspection si l'on ne veut pas s'exposer secondairement à des mécomptes.

Lorsqu'il existe une hémarthrose importante, il est indispensable d'en faire l'évacuation ; certains préfèrent attendre le quatrième ou cinquième jour afin de se mettre à l'abri d'une récidive de l'épanchement. C'est, croyons-nous, excessif ; il y a, au contraire, intérêt à faire cette évacuation rapidement, dès le lendemain, quand ce ne serait que pour parfaire un examen forcément approximatif sur un genou distendu. A condition de faire une immobilisation impeccable après cette évacuation, aucune récidive n'est à craindre.

Pour évacuer l'hémarthrose on peut avoir recours soit à la ponction (qui risque d'abandonner des caillots ou des dépôts fibrineux), soit à l'arthrotomie à minima par ponction au bistouri (Grégoire) ; certains chirurgiens font même une véritable arthrotomie sous anesthésie locale suivie d'une fermeture plan par plan.

L'épanchement évacué, le mieux est d'immobiliser le genou sur une petite gouttière plâtrée avec un pansement compressif. Dès le cinquième jour, on commencera les massages du quadriceps, et au huitième jour, la mobilisation active en extension.

Traitement des entorses graves

La légitimité ou la nécessité d'un traitement chirurgical font ici l'objet de discussions dont il faudra, chemin faisant, indiquer les raisons.

Nous envisagerons successivement les méthodes du traitement, leurs résultats et enfin leurs indications dans les lésions récentes et les lésions anciennes.

Traitement orthopédique.

Il est en tout point semblable à celui déjà mentionné plus haut : ponction évacuatrice, infiltrations locales, immobilisation, etc.

Traitement chirurgical.

La réparation d'un ligament lésé peut se faire par l'un des procédés suivants :

Suture simple,
Réimplantation d'un ligament désinséré,
Remise en tension d'un ligament allongé,
Syndesmoplastie,
Remplacement du ligament par une prothèse inerte.

Voies d'abord.

Dans un certain nombre de cas l'intervention est avant tout exploratrice ; aussi faut-il avoir recours d'emblée à une large incision en U permettant de découvrir tout l'article et d'utiliser ensuite pour aller plus avant soit la voie trans-rotulienne, soit la voie trans-tubérositaire ; une exploration complète de l'articulation est ainsi possible ainsi que la réparation d'un croisé.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion limitée au ligament latéral interne, il suffit de recourir à une incision en J placée à la partie interne de l'articulation ; en la prolongeant vers le haut à la manière de Gernez, on peut, en cours d'intervention, gagner du jour pour vérifier l'état d'un ménisque ou d'un croisé. Cette incision a cependant deux inconvénients : elle entraine, dans la moitié des cas (Erb, Schmitt), des troubles dans l'innervation de la face antérieure du genou et, d'autre part, elle ne donne pas de jour sur la partie postérieure de la capsule et la coque condylienne interne. Aussi nombreux sont les chirurgiens qui préfèrent une incision curviligne à concavité antérieure croisant obliquement la direction de l'interligne de haut en bas et d'arrière en avant.

Réparation des ligaments latéraux.

En cas de rupture récente, la suture faite au fil non résorbable après un avivement économique des extrémités constitue le meilleur procédé.

En présence d'une désinsertion, différents artifices ont été décrits et utilisés pour refaire la fixation (Payr, Palmer, Simpson, etc.).

Lorsqu'il y a simplement élongation, il faut retendre le ligament soit en passant des points en lacet sur toute la hauteur du ligament (Mathieu), soit en fronçant le ligament au moyen de points en U, ou encore en détachant l'insertion inférieure qu'on réinsère un peu plus bas (Mauck).

Toute suture peut être impossible ; les lésions sont trop irrégulières ou trop anciennes ; il faut recourir à une syndesmoplastie dont les différentes techniques ont été précisées par Jones, Edwards (1920), Gérard-Marchant et Contiadès (1934). Ces derniers conseillent d'utiliser, pour le collatéral tibial, le tendon du muscle droit interne, pour le ligament latéral externe, un lambeau aponévrotique taillé au dépens du biceps.

Quelques auteurs ont substitué au ligament déficient une tresse de soie (Valls).

Réparation des croisés.

Le problème est habituellement bien plus difficile.

La suture n'est possible que dans des cas exceptionnels traités très précocement (Roux-Berger, Moulonguet, R. Monod, Topa).

La réinsertion des extrémités du ligament antéro-externe a été réussie assez souvent : en bas Leriche a fixé le fragment tibial avec un clou de tapissier ; en haut la fixation a été faite par Payr, Wittek, Perthes, Palmer, au moyen d'un fil passé à travers deux tunnels forés dans le condyle externe.

Mais lorsqu'on trouve une élongation des croisés, il est vain de vouloir les retendre, comme ont tenté de le faire Corner et Smith ; il vaut mieux recourir d'emblée à une plastie comme dans les cas où toute suture est impossible.

Les opérations plastiques sur les ligaments croisés ont été introduites par Hey Groves en 1917 ; différentes techniques ont été décrites par Smith, Putti, Edwards, Gold, etc. On en trouvera un exposé très complet dans la thèse de Fontaine qui relate également la technique utilisée par notre maître M. Mathieu.

Le principe commun à toutes ces opérations est de refaire un ligament croisé au moyen d'une plastie pédiculée (prélevée sur le fascia lata) ou libre ; et de lui assurer une fixation solide, une tension suffisante ; dans ce but, le transplant est passé à travers des tunnels osseux transcondylien et trans-tibial.

La fixation des transplants est assurée par différents artifices (clou, suturé à lui-même après lui avoir fait effectuer une boucle, etc.).

Résultats.

Tous les auteurs sont unanimes pour reconnaître la qualité des bons résultats obtenus sur les ligaments latéraux à condition d'intervenir assez tôt ; les opérations sont en règle extra articulaires, et assez faciles.

Les plasties et autres interventions portant sur les croisés ne soulèvent pas le même enthousiasme ; on a contesté leur *utilité* et leur *efficacité*.

On a mis en doute, en s'appuyant sur quelques cas d'ailleurs isolés (Barret, Tixier et de Rougemont), le rôle physiologique du croisé antéro-externe dont l'exérèse n'entraverait en rien la stabilité du genou. La réparation soigneuse du ligament latéral interne serait suffisante (Leriche et De Girardier, Costantini et Conniot).

Cependant Tavernier, R. Monod, ont observé des blessés chez lesquels l'instabilité du genou n'a pas cessé après réparation du collatéral tibial, et n'a disparu qu'après une opération de Hey Groves.

Quant à la valeur de la plastie utilisée, de nombreux auteurs ont soutenu, qu'*a priori*, sa dégénérescence était fatale, son élongation secondaire plus que probable.

Expérimentalement, Pfab, Payr, Vallbone, Fontaine, etc., ont montré que, sur l'animal, un fragment de tissu conjonctif passé à travers une articulation finissait par s'y vasculariser et y vivre.

Smith, Tavernier, Perthes, Lexer, Horan ont pu examiner post mortem des genoux sur lesquels avaient été pratiquées antérieurement des plasties pour réfection d'un croisé; dans tous les cas le néo-ligament fut trouvé solide, vivant et correctement tendu.

Les résultats des greffes pédiculées seraient toutefois supérieurs à ceux des greffes libres (Cubbins, Scruderi et Calhaham).

Cependant les statistiques publiées sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse s'en prévaloir ; chaque auteur n'a opéré que quelques cas, le résultat a longue échéance n'est pas toujours mentionné.

Al Smith donne les chiffres de sa pratique :
15 opérations avec 9 bons résultats,
4 résultats médiocres,
1 échec,
1 absence de résultat éloigné.

Hey Groves, pour 14 opérations trouve :
6 résultats nuls,
4 améliorations,
4 bons résultats.

Campbell qui a refait personnellement 22 croisés et 17 ligaments latéraux insiste simplement sur la qualité des opérations faites chez les sujets jeunes et sportifs.

Indications opératoires

1° *Entorse grave récente.*

Lorsqu'on se trouve en présence d'un blessé chez lequel l'existence d'une lésion anatomique ne fait pas de doute, faut-il opérer d'emblée ou convient-il de laisser au blessé ses chances de guérison spontanée? C'est ce point précis qui constitue le nœud de la discussion.

Dans les pays de langue allemande, la tendance conservatrice orthopédique est fortement ancrée ; Felsenreich, Mandl, Kromer, en particulier, se sont fait les défenseurs de ce mode de traitement qui comporte, avant tout, une longue immobilisation de trois à quatre mois. Ils se basent sur deux arguments principaux : l'incertitude du diagnostic de la lésion anatomique, et le fait que certaines grosses lésions guérissent parfaitement de cette façon. A cette manière de voir, on peut toutefois objecter, qu'en cas d'échec, la réparation secondaire des ligaments est dans ses résultats infiniment moins satisfaisante qu'une réparation précoce.

La tendance opposée a été soutenue par des chirurgiens américains et anglais (Carrel, Perthes, Edwards, Campbell) par Jirasek, Palmer, Valls et, en France, par P. Duval, Leriche et De Girardier, Roux-Berger, Mathieu et Fontaine, etc. Elle comprend d'ailleurs des nuances, certains intervenant systématiquement (P. Duval), d'autres réservant l'intervention aux ruptures totales du ligament latéral interne (Bircher) ou aux lésions certaines d'un croisé.

L'intervention précoce a le double avantage de raccourcir notablement les délais d'incapacité fonctionnelle du sujet et d'éviter les opérations secondaires. Sauf en cas de blocage irréductible ce n'est pas une intervention d'urgence. Quelques jours d'attente permettront une préparation minutieuse des téguments.

Quelle intervention faut-il pratiquer?

Les conclusions proposées par Fontaine semblent être encore admises : en cas d'opération précoce on aura, exceptionnellement, recours à une large arthrotomie ; la réparation des croisés à ce stade est aléatoire ; leur suture est rarement possible et les conditions locales peu favorable à une plastie immédiate. En présence d'une telle lésion on se contente en général d'enlever les fragments contus et déchirés ; cependant, en cas de désinsertion on peut tenter, avec chance de succès, la réinsertion (Payr, Leriche).

Dans la majorité des cas on agira uniquement sur les ligaments latéraux qu'il faut réparer aussi parfaitement que possible ; si toute suture est impossible, la syndesmoplastie est indiquée.

2° *Entorse grave ancienne.*

L'indication opératoire repose sur l'étude des signes objectifs permettant de fixer, si possible, l'existence de lésions ligamentaires et sur les troubles subjectifs accusés par le blessé.

Il faut apprécier à leur juste valeur, c'est-à-dire en tenant compte de l'atrophie musculaire, les mouvements anormaux. Dans ces cas anciens la radiographie, sur film courbe, peut donner des renseignements intéressants ;

l'existence de productions ostéophytiques au niveau de la fossette tibiale antérieure permet d'affirmer une lésion du croisé antérieure (Felsenreich).

Il est, d'autre part, assez difficile de mesurer les troubles subjectifs accusés par les blessés. « Il existe des blessés pusillanimes, des blessés sinistrés qui ont tendance parfois inconsciemment à exagérer l'importance de leurs troubles, surtout lorsqu'ils sont consécutifs à un accident du travail » (Fontaine).

Quand on connait, d'autre part, l'importance de la collaboration du blessé dans les soins post-opératoires, on voit avec quelle prudence il conviendra de décider une intervention ; la constatation d'une laxité ligamentaire même importante ne suffit pas pour poser une indication opératoire catégorique.

Que faut-il faire?

Si l'examen montre des mouvements de latéralité isolés, sans tiroir, sans phénomène de blocage, s'il n'existe aucun symptôme d'une lésion intra-articulaire, il est parfaitement légitime d'éviter l'arthrotomie (Fontaine, Huet) ; rarement une suture est possible ; on aura recours soit à une transposition de l'insertion inférieure (Mauck) ou à une plastie par fragment tendineux (Gérard Marchandet, Contiadès).

Si, au contraire, il existe une laxité articulaire très nette avec tiroir, une intervention limitée au ligament latéral est insuffisante. Il faut aller vérifier l'état des croisés et en assurer la réparation par une opération de Hey Groves-Smith à laquelle on peut reconnaître trois avantages :

— L'arthrotomie large de voie d'abord permet un bilan des lésions intra-articulaires, l'exérèse d'un ménisque ;

— Elle refait un croisé antérieur solide ;

— Elle permet de renforcer le ligament latéral interne et de retendre, au moment de la suture, le surtout fibreux antéro-latéral.

L'importance des soins post-opératoires est considérable; elle intervient pour beaucoup dans la qualité du résultat. Il faut attendre au moins six mois pour juger celui-ci.

Sur 11 cas opérés par lui, Krida a 8 bons résultats (genou stable, non douloureux ayant tous ses mouvements), 1 résultat médiocre, 1 résultat inconnu et 1 résultat trop récent.

Palmer, sur 8 cas anciens opérés, en retrouve 4 avec un excellent résultat se maintenant depuis trois ans, et 4 avec un bon résultat datant seulement d'un an. Néanmoins, cet auteur conclut à la supériorité de l'opération précoce dans la réparation des désordres ligamentaires graves du genou.

BIBLIOGRAPHIE

Etude expérimentale

Guedj. Luxations traumatiques du genou. *Thèse d'Alger*, 1929-1930 (contient toute la bibliographie des recherches expérimentales).

Dehne. *Archiv. f. Orthop. un unfall Chir.*, 39, p. 415, 1938.

Horwitz. *Surg. Gyn. and Obst.*, vol. 67, sept. 1938, p. 287.
— *Archiv. of Surg.*, V. 38, mai 1939, p. 446.

Lebrigand. *Thèse Paris*, 1941.

Leemans. *Presse Médicale*, an. 43, n° 73, 11 sept. 1935.

Etude Clinique et Radiologique

Boyd. *Journ. of Bone and Joint. S.*, V. 16, n° 3, juill. 1934.

Fuggazola et Castiglioni. *Chirurg. Organi di Movimen.*, V. 24, f. 6, août 1939, p. 504.

Felsenreich. *Archiv. f. Klin. Chir.*, t. 179, f. 3, avril 1934, p. 375.
— *Zentr. f. Chirur.*, an. 62, n° 6, fév. 1935.

Krenn. *Der Chirurg.*, an. 8, f. 10, 15 mai 1935.

Kromer. *Zentr. f. Chirur.*, 64, 10 avril 1937, p. 858.

Leriche. *Mém. Acad. de Chir.*, 66, n° 7, 14 février 1940, p. 181.

Mondor. *Mém. Acad. de Chir.*, 66, 10 janvier 1940, p. 29.

Oberholzer. *J. de Radiol. et d'Electrol.*, 20, n° 1, janv. 1936, p. 18.

Schumm. *Deut. Mediz. Woch.*, 59, n° 44, 3 nov. 1933, p. 1659.

Sorrel. *Mém. Acad. de Chir.*, 67, n° 8, 5 mars 1941, p. 181.

Traitement

Fontaine. La réfection des ligaments latéraux et croisés du genou. *Thèse Paris*, 1937 (bibliographie complète). Nous ne pouvons citer ici que les références postérieures à cette thèse.

Brett. *Amer. J. of Surg.*, 43, p. 466, février 1939.

Campbell. *Amer. J. of Surg.*, 43, p. 456, février 1939.

Caranza. *Revue Orthop. y Traumat.*, 7, p. 221, janv. 1938.

Carnevali. *Archiv. di Ortop.*, 54, p. 718, déc. 1938.

Carrel. *The Journ. of Bone and Joint. S.*, 19 oct. 1937.

Gubbins, Galhaham, Scruderi. *The Surg. Clin., of N. America*, 2, 1937, p. 76.

Dupuy de Frenelle. *Tech. Chir.*, 30, p. 81, juill. 1938.

Frankel. *The Lancet*, n° 6054, 9 sept. 1939.

Hopkins et Huston. *The New. Eng. J. of Medeci.*, 221, 1939, p. 95.

Horwitz et Davidson. *Surgery*, 3, n° 3, mars 1938, p. 406.

Huet. *Mém. Acad. de Chir.*, 66, n° 33, 11 déc. 1940.

Jirasek. *Revue d'Orthopédie*, 26, n° 6, p. 96, mars 1939.

Lagormasino. *Revista de Ortop. y Traumat.*, 8, n° 2, oct. 1937.

Lee. *Journ. of. Bone and J. Surg.*, 19, p. 461, avril 1937.

Leriche. *Journ. de Chir.*, 54, n° 6, déc. 1939, p. 593.

Macey. *Surg. Gyn. and Obst.*, 69, p. 108, juil. 1939.

Mandl. *Journ. Internat. de Chirur.*, 5, n° 2, mars 1940.

Marotolotti. *Revista Medico Quirur. de Paolo de femi.*, 5, n° 5, janv. 1937.

Merle d'Aubigné et Cauchoix. *Mém. Acad. de Chir.*, 67, n° 8, 5 mars 1941, p. 175.

Metivet et Arnavielhe. *Mém. Acad. de Chir.*, 67, n° 1, 15 janvier 1941.

Palmer. *Acta Chirurg. Scandinavica Supp.*, 53-81-1938.

Rocher. *Revue d'Orthop.*, 25 nov. 1938, p. 461.

Sicard. *Mémoir. Académ. de Chirur.*, 67, n° 8, 5 mars 1941.

Strickler. *Annals of Surg.*, 105, n° 6, juin 1937, p. 912.

Tavernier. *Lyon Chirurgical*, 35, p. 506, juill. 1938.

Topa. *Revista de Chirur.*, 12 janv. 1938, p. 67.

Unger. *Zentr. f. Chirur.*, 64, n° 51, p. 2885, déc. 1937.

Valls. *Revista de Ortop. y Traumat.*, 6, n° 4, avril 1937, p. 333.

Zabala. *Boletin de l'Instituto de Clini. Quirur.*, 45, n° 126, juin 1939, pp. 201-345.

Addendum. — Dans une récente communication devant l'Académie de Chirurgie (séance du 22 mai 1941) M. Leriche a précisé à nouveau sa conception des « entorses du genou » ; il se refuse à faire entrer dans ce cadre toutes les lésions complexes avec rupture isolée ou associée du ligament latéral interne et des croisés ; ce sont là des luxations incomplètes en rapport avec le caractère agressif des traumatismes modernes (accidents d'automobiles, de motos, etc.). Ce ne sont pas les véritables entorses dues à la distorsion des ligaments et dans lesquelles les troubles vaso-moteurs dominent le tableau clinique et l'évolution. S'il paraît difficile de faire admettre actuellement le terme de luxation pour des lésions dans lesquelles les surfaces articulaires conservent leurs rapports normaux ; il n'en demeure pas moins que la discrimination faite par M. Leriche est essentielle ; elle implique une attitude thérapeutique très différente suivant le type clinique en présence duquel on se trouve.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Jeudi 15 mai 1941. — 1° Jury : MM. Tiffeneau, Guillain, Verne, Sicard. — Mlle Tatar. — Le point isoélectrique : ses variations physiologiques et pathologiques. Evolution physico-chimique (points isoélectriques) du sérum des cancéreux en cours de traitement par les acides aminés. — Mlle Schauving. Les paralysies laryngées traumatiques. — M. Couteaux. Recherches sur l'histogénèse du muscle strié des mammifères et la formation des plaques motrices.

2° Jury : MM. Léon Binet, Lemaître, Lenormant, Cachera. — Mlle Gréaud-Vialle. Contribution à l'étude de l'alcoolisme par consommation exagérée de vin dans la région nantaise. — M. Gabai. L'ambulance chirurgicale légère 222 du corps d'armée coloniale dans la guerre 1939-1940. — M. Debain. Considérations sur le cholestéatome primitif. — M. Streasand. Les grandes hématuries de l'hydronéphrose.

Vendredi 16 mai 1941. — Jury : MM. Lœper, Gastinel, Fèvre, Marchal. — M. Lebovici. L'insuline histone dans le traitement du diabète. — M. Audry. Déchloruration et rechloruration dans l'hypertension artérielle solitaire.

Lundi 19 mai. — Jury : MM. Lœper, Fiessinger, Troisier, Mondor. — M. Lajouanine. Contribution à l'étude du développement du cancer gastrique au cours de l'anémie de Biermer. — M. Trémolières. Les ictères de la lithiase du cystique. — M. Dufourmentel. Les fractures articulaires temporo-maxillaires. — Mme Dauphin. La prévention de la tuberculose chez les étudiants en médecine.

Mardi 20 mai. — Jury : MM. Gougerot, Mocquot, Laubry, Basset. — M. Mazingarbe. Des interventions chirurgicales d'exérèse dans les suppurations annexielles fébriles ou fistuleuses. — M. Rialland. A propos d'un cas de tuberculose cutanée consécutive à un érythème polymorphe. — Mlle Huguenard. Technique et valeur de l'examen radiologique de l'œsophage au cours des cardiopathies.

Samedi 24 mai. — Jury : MM. Guillain, Lereboullet, Cathala, Patel. — M. Villey-Desmeserest. Les sympathomes embryonnaires.

ACTUALITÉS

THEOPHYLLINE (AMINOPHYLLINE)

Par M. R. Levent

La théophylline est un dérivé méthylé de la xanthine, dérivé elle-même de l'hypothétique purine $C^5H^4N^4$.

A la xanthine se rattachent des composés di et triméthylés qui existent dans la nature, en particulier dans des végétaux du groupe caféique : café, thé, cacao. Il existe une seule triméthylxanthine, la caféine, et trois diméthylxanthines isomères : paraxanthine que l'on trouve dans l'urine humaine, théobromine et théophylline.

A ces parentés chimiques correspondent des analogies pharmacodynamiques.

A l'état pur la théophylline est plutôt une substance chimique et un principe actif qu'un médicament. Extraite pour la première fois des feuilles de thé par Kassel en 1866, elle se montra peu utilisable à cause de son insolubilité dans l'eau et des troubles toxiques qu'elle provoquait : céphalée en casque, nausées, vomissements, vertiges, état syncopal. Waldhof et Bœhringer l'obtinrent aussi à l'état de pureté à partir de l'acide urique et la théophylline put ainsi sembler plutôt un produit tonique de désassimilation qu'un médicament.

Elle demeura donc négligée jusqu'aux travaux pharmacologiques de Grenter (1908) et cliniques de Dessauer (1908) et Miller (1912) qui l'employèrent sous la forme aminophylline.

L'aminophylline résulte de la combinaison de la théophylline avec l'éthylène-diamine (1-3 diméthylxanthine-éthylène-diamine). Elle est soluble dans l'eau, bien tolérée et contient 80 % de théophylline et 20 % d'éthylène-diamine dont les actions respectives sont homologues.

Action physiologique. — En accord avec leurs analogies chimiques, elle se rapproche de celles de la caféine et de la théobromine.

C'est avant tout un **vasodilatateur** général (Eppinger et Hess, 1909) agissant sur toutes les artérioles même périphériques. C'est, de plus, un vasodilatateur électif du **système coronarien**, tronc et branches, agissant aussi bien *in vivo* que dans les conditions expérimentales.

Sur le cœur perfusé une solution au 1/40.000 de théophylline augmente encore de 30 % le débit coronarien, alors qu'au même taux la caféine est devenue inactive. La dilution à 1/300.000 a encore une activité perceptible. Le débit coronarien ainsi augmenté fournit donc au myocarde l'afflux sanguin supplémentaire nécessaire à l'effort.

Il résulte de cette vasodilatation une action parallèle sur la tension artérielle : **hypotension** portant surtout sur la minima, parallèle à l'accroissement du débit coronarien mais d'une durée limitée. Elle est d'autant plus nette qu'il existait auparavant de l'hypertension.

La théophylline possède aussi en propre une action **cardiotonique** ; la tonicité du myocarde augmente, son volume diminue ; le débit systolique du cœur est augmenté.

L'effet **diurétique** est aussi prononcé que l'action vasodilatatrice et aussi rapide ; il est deux fois plus intense que celui de la caféine et quatre fois plus que celui de la théobromine. Son mécanisme est mal connu ; les modifications circulatoires y ont leur part mais il faut surtout compter avec la modification de tension osmotique des colloïdes du plasma et peut-être avec les variations de la chlorurémie. La diurèse porte à la fois sur l'eau et sur les chlorures bien que la teneur en chlore du rein semble peu modifiée.

La théophylline agit enfin sur les **centres nerveux respiratoires** mais moins puissamment que la caféine ; elle augmente la fréquence et l'amplitude des mouvements respiratoires.

Des deux constituants de l'aminophylline, c'est la théophylline qui agit le plus lentement mais son action est plus prolongée que celle de l'éthylène-diamine.

A noter enfin, accessoirement, une action favorisante de la théophylline sur la coagulation sanguine (Nonnenbruch et Szyska).

Indications. — Dans le domaine circulatoire, la théophylline est indiquée lorsqu'il faut aider la circulation dans le territoire des coronaires : en premier lieu, donc, dans **l'angine de poitrine coronarienne.** Ses effets sont plus nets dans l'angine par sclérose coronarienne que dans celle qui relève du spasme pur, qu'il s'agisse de traitement d'urgence ou de traitement d'entretien. On peut aussi l'employer dans les infarctus myocardiques une fois passée la période aiguë.

A titre d'adjuvant de la circulation cardiaque et de toni-cardiaque direct elle est indiquée dans les insuffisances cardiaques : hypertension décompensée, insuffisance aortique, aortites, myocardite chronique. Elle rend des services dans les insuffisances cardiaques brusques, dans l'œdème aigu du poumon, parfois dans le pouls lent permanent. On peut enfin l'associer à d'autres tonicardiaques : soit digitale vis-à-vis de laquelle elle réactive le cœur ou dont elle prolonge les effets, soit ouabaïne dont elle diminue l'action secondaire vasoconstrictrice.

Son action diurétique rend des services soit dans l'insuffisance rénale avec œdème des cardiaques, soit dans les autres oliguries avec œdème : œdèmes latents des cardiaques, néphrites aiguës soit primitives soit dues à des maladies infectieuses (grippe, pneumonie, dipthérie, scarlatine), oliguries ou anuries toxiques (éclampsie, intoxication mercurielle, intoxication barbiturique) et même dans les anuries post-opératoires (Endl).

Comme eupnéique, la théophylline peut être prescrite non seulement dans l'asthme cardiaque mais dans l'asthme vrai, dans la dyspnée des cardiaques, dans celle de la pneumonie chez l'enfant, dans la dyspnée des comas (Barbiturisme, coma urémique où elle est particulièrement indiquée contre le Cheyne-Stokes) dans l'éclampsie ; également dans les syncopes au cours des anesthésies. Elle rend enfin service dans les dyspnées des bacillaires et des obèses.

Accessoirement enfin, elle est indiquée comme diurétique dans les cirrhoses hépatiques avec ou sans œdèmes, comme coagulant dans les hémoptysies, comme vasodilatateur dans la claudication intermittente.

Posologie. Mode d'administration. — L'aminophylline peut être prescrite *per os* soit en potion soit en comprimés dosés à dix centigrammes. Prise après le repas et loin du coucher pour éviter l'insomnie, on peut en donner, en trois ou quatre fois, 4 à 6 comprimés par jour soit quarante à soixante centigrammes.

On peut également employer la voie rectale : suppositoires à trente-cinq centigrammes, 2 à 3 par 24 heures.

Ces voies sont surtout employées pour les traitements d'entretien, comme eupnéique, comme médicament circulatoire, comme diurétique, l'aminophylline étant employée seule ou associée à la digitale, à l'ouabaïne ou à la théobromine.

Lorsqu'on recherche une action rapide (accès angineux, comas) on donne la préférence aux injections.

Soit par voie intramusculaire : 1 à 3 injections en 24 heures de deux centimètres cubes chacune (quarante-cinq centigrammes d'aminophylline pour 2 cm^3); soit par voie intraveineuse : vingt-quatre centigrammes de médicament dans 10 cmc de sérum glucosé isotonique. Ces injections doivent être poussées très lentement (3 ou 4 minutes par injection) ; une seule intraveineuse par 24 heures.

A cette condition l'aminophylline peut donner d'heureux résultats et être bien tolérée ; les injections ne provoquent pas de poussée hypertensive secondaire, elles peuvent être pratiquées même chez des hypertendus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 28 avril 1941

Etude comparée de l'influence de divers sucres, glucose, lévulose, galactose, dans l'action de la vitamine B_2. — M. Philippe Joyet-Lavergne.

Contribution à la chimie des médicaments antilépreux. — MM. Buu-Hoï, Paul Cagniant et Joseph Janicaud.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 14 mai 1941

A propos de la pathogénie de l'entorse. — M. Toubert apporte une intéressante observation d'entorse de la hanche.

A propos du choc. — M. Meillère montre que l'hémoconcentration dosable par l'étude de la numération globulaire constitue un des meilleurs textes permettant d'apprécier et de suivre la gravité du choc. Pour lutter contre l'hémoconcentration, l'auteur pense qu'il faut adopter les conclusions du Prof. Binet.

Surrénalectomie (datant de deux ans et demi), pour maladie de Buerger. — M. F.-P. Leclerc. — M. Guimbellot rapporte cette observation dont l'intérêt réside dans le fait que le malade a évité toute amputation depuis deux ans et demi alors que tout traitement médical et les sympathectomies avaient échoués.

M. Blondin possède trois observations de surrénalectomie ; dans un premier cas, nécessité d'une amputation trois ans après l'ablation de la surrénale ; dans le deuxième cas, le résultat favorable se maintient après cinq ans ; le troisième cas date de quelques mois, le résultat est bon.

Quelques remarques sur les cas de tétanos observés pendant la guerre 1939-1940. — M. Sauvé a observé deux tétanos généralisés et cinq cas de tétanos frustes ou localisés.

Du rôle des algies périphériques dans l'évolution du tétanos. Traitement par les infiltrations du sympathique. — M. R. Simon et M. Patey. — M. Brocq rapporte ce travail basé sur 14 observations : les infiltrations ont eu une influence adjuvante indiscutable ; elles calment les douleurs périphériques.

M. Brocq fait remarquer qu'il s'agit dans presque tous ces cas de formes graves.

M. L. Michon a observé cinq cas de tétanos d'abord localisés puis généralisés qui sont tous morts.

Suites éloignées des fractures du col du fémur opérées. A propos de 135 cas traités par enclouage extra-articulaire. — M. Merle d'Aubigné ne retient que 78 cas datant de plus d'un an; la consolidation osseuse a été obtenue dans 80 % des cas avec dans 20 % de petites déformations de la tête. Les pseudarthroses surviennent dans 1/5e des cas ; tantôt elles sont imputables à une faute de technique (mauvaise réduction ou mauvais enclouage), tantôt on ne trouve aucune cause pouvant expliquer cet échec. Le résultat dépend pour beaucoup de l'état de vascularisation de la tête ; c'est l'apparition du cal osseux sur les radiographies au 3e mois qui doit régler le lever ou non du malade. Felseureich estime qu'au contact du clou se font des modifications histologiques du tissu osseux, modifications qui peuvent intervenir dans la consolidation.

M. Mathieu, sur un ensemble de 102 cas opérés depuis plus d'un an obtient les mêmes résultats que M. d'Aubigné.

Notes sur 132 cas d'ankylose temporo-maxillaire opérée. — M. Dufourmentel attire d'abord l'attention sur le fait que un tiers des ankyloses sont dues à des inflammations, un tiers à une étiologie traumatique ; dans un tiers des cas, l'origine est moins évidente ; parfois une cause obstétricale peut être retrouvée mais dans un certain nombre d'observations aucune étiologie ne peut être invoquée ; au point de vue clinique l'auteur insiste sur l'importance de l'asymétrie ; le côté qui paraît atrophié est le côté sain.

Du point de vue thérapeutique il faut, si l'on veut éviter une récidive, recourir à la mobilisation continue imaginée par Darcissac et dont M. Dufourmentel présente l'appareillage.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mai 1941

Erythème noueux confluent autour d'une arthrite tuberculeuse ancienne. — MM. P. Jacquet, Ferroir et Perrier. — Malade de 62 ans, cuti-réaction primitivement négative devenant positive au début de l'éruption. A 30 ans tumeur blanche du genou, ankylosée et guérie. A 45 ans atteinte pulmonaire discrète dont il ne reste que des calcifications. A 62 ans, érythème noueux comme au cours d'une primo-infection. La cutiréaction devient secondairement positive quelques jours après la sortie de l'érythème. Les auteurs évoquent les recherches antérieures sur la curabilité anatomique et bactériologique des tuberculoses abortives et sur la valeur du virage de la cutiréaction qui, étant devenue négative redevient positive. Ils présentent cette malade comme guérie d'une tuberculose importante et comme venant de subir une nouvelle contamination. Cette observation pose la question de l'E. N. satellite, d'une réinfection.

Hépatite amibienne nodulaire pseudo-septicémique et abcès subaigu survenus 20 ans après une dysenterie abortive (modifications hématologiques contemporaines de la nécrose et de la collection de l'abcès). — MM. René Huguenin et Guy Albot. — Evolution de ce cas en deux phases.

Dans l'une, qui dura 1 mois 1/2, l'aspect fut celui d'une septicémie ; une hépatomégalie légère orienta le diagnostic que confirma l'action de l'émétine.

Dans l'autre, collection de l'abcès, le signe remarquable fut la modification de l'hémogramme. Deux fois la formation d'une collection suppurée fut caractérisée par une leucocytose, autour de 13.000, avec chute des polynucléaires aux environs de 35 %, chute des lymphocytes autour de 4 % et ascension des monocytes autour de 50 %.

Syndrome hypophyso-tubérien complexe (diabète insipide, œdème aigu du poumon, syndrome de Cushing, narcolepsie) traité avec succès par la radiothérapie. — MM. Derot et David. — Chez une femme de 50 ans le diabète insipide apparut à 17 ans, des années après se sont montrés une augmentation de poids puis de la céphalée de la narcolepsie et enfin les éléments d'un syndrome de Cushing. Les points à signaler sont les suivants : l'extrait hypophysaire a déclenché des crises d'œdème aigu durant les périodes cataméniales ; le D. I. a été suspendu durant deux ou trois périodes durant lesquelles un engraissement considérable s'est produit ; la radiothérapie après trépanation décompressive a considérablement amélioré la malade.

Hématémèse supplémentaire des règles chez une hyperfolliculinique. — MM. Maurice Derot et H. Maschas. — La malade présentait, depuis longtemps, un syndrome de règles bimensuelles ; l'hématémèse s'est produite à 45 ans à la date normale des règles ; elle a duré le même temps que des règles normales. Les auteurs envisagent ce phénomène comme étant d'origine vasomotrice.

Anthracose abdominale au cours d'un ulcus duodénal. — MM. Fiessinger, Cl. Olivier, M. Gaultier et M. Lamotte. — Homme de 50 ans opéré pour un ulcus duodénal. A la face antérieure de la région gastropylorique, on découvre des traînées noirâtres. L'examen chimique démontre qu'il s'agit de charbon. A l'examen histologique, les particules de charbon à l'aspect cristallin, ont provoqué une très riche réaction plasmodiale. Or, ce sujet n'a jamais absorbé de charbon végétal ou animal. Mais il est chauffeur de chaudière, et les auteurs proposent comme explication la pénétration à travers l'ulcère de charbon minéral et sa pénétration dans les voies lymphatiques et les régions tissulaires voisines de l'ulcère.

Tuberculose gastrique d'origine exogène avec image radiologique de niche en plateau. — MM. N. Fiessinger, M. Gaultier et M. Lamotte. — Observation d'un Algérien de 27 ans, chez qui, à la suite de brûlures gastriques, l'examen radiographique fit découvrir, dans la région prépylorique, une image de niche en plateau de 2 cm. de longueur. A l'intervention chirurgicale, la lésion consistait dans d'énormes masses ganglionnaires que l'examen histologique montra de nature tuberculeuse. Deux séries d'accidents apparurent : une orchiépididymite tuberculeuse et un abcès du poumon qui entraîna la mort. A l'autopsie, pas d'ulcération gastrique, mais, par contiguïté, les adénopathies tuberculeuses juxta-gastriques avaient engendré une tuberculose de la paroi gastrique.

Un nouveau cas de coma myxœdémateux. — MM. Carrié, Renault et Bourdin. — Dans cette observation, les auteurs relèvent les points suivants : 1° Apparition du coma à l'occasion d'une infection respiratoire aiguë et fébrile ; 2° longue durée de l'état comateux ; 3° cet état céda à la médication thyroïdienne sous forme d'extrait injectable ; 4° l'amélioration a cédé sous la dose de 0 gr. 80 par jour, puis à la dose de 1 gr. pendant plus de 15 jours, sous l'influence d'une nouvelle infection, il y eut une rechute mortelle.

Sur treize cas de fièvre typhoïde de l'hiver 1940-1941. — MM. N. Fiessinger, J. Fauvet, M. Roux et J. Nick. — Les auteurs après avoir exposé les caractères évolutifs des fièvres typhoïdes durant l'hiver, insistent sur trois faits : la fréquence accrue de la maladie, l'origine ostréaire retrouvée dans les deux tiers des cas, l'atteinte élective des femmes qui souligne l'efficace protection conférée par la vaccination préventive.

Séance du 16 mai 1941

Syndrome neuro-œdémateux. — M. Marie (A propos d'un procès-verbal), à propos de la communication de M. Cathala rappelle que les 4 cas de syndrome neuro-œdémateux qu'il a observés ne pouvaient ressortir au diagnostic d'avitaminose. Il estime qu'il s'agirait plutôt d'un virus neurotrope possédant certaines affinités pour le système vasculaire.

Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle. — M. de Gennes. — Observation d'un malade, âgé de 24 ans, présentant une grosse hypertension artérielle de base sur laquelle se greffaient des accès paroxystiques ; on décelait à l'examen une petite masse dans la région gauche par la pression de laquelle on pouvait déclencher un accès paroxystique et qui permit de diagnostiquer un paragangliome. L'intervention fit reconnaître qu'il s'agissait d'une rate scléreuse et aberrante ; on put extraire les deux tiers de la surrénale gauche. Les accès paroxystique ont disparu tandis que l'hypertension de base est demeurée la même. L'intervention a une action sur les signes subjectifs, sur les accès paroxystiques mais n'a qu'une action fugace sur l'hypertension de base.

Rétrécissement congénital de l'œsophage. — MM. Paisseau, Rouget et Nguyen Khac Vien. — Présentation des pièces provenant d'un nouveau-né décédé sept jours après la naissance des suites d'un rétrécissement congénital de l'œsophage. Les tentatives d'alimentation provoquaient aussitôt, le reflux du liquide ingéré. La radiographie montrait l'arrêt de la substance opaque dans une volumineuse dilatation sacciforme ; une traînée filiforme de baryte dessinait le trajet de l'œsophage, démontrant qu'il s'agissait d'un rétrécissement et non d'une imperforation.

L'autopsie a montré la dilatation au-dessous du pharynx, ayant l'apparence d'un sac fibreux. L'aspect extérieur de l'œsophage sous-jacent n'était pas modifié, de dimension assez réduites. Un cathétérisme avec un fin stylet ne permet pas de franchir le rétrécissement qui reproduisait l'aspect classique du rétrécissement acquis avec la dilatation sus-stricturale que provoque la stase du bol alimentaire.

Etude radiologique des disques intervertébraux lombaires dans 100 cas de névralgie sciatique primitive. — MM. de Sèze et Momori. — Cette statistique confirme la fréquence de l'origine vertébrale lombaire et lombo-sacrée des sciatiques dites primitives ou essentielles maintes fois affirmée depuis J.-A. Sicard.

Elle témoigne de l'importance du rôle que jouent les lésions du disque intervertébral dans la pathologie de ces sciatiques d'origine vertébrale lombo-sacrée.

Sur la nature anatomique de ces lésions discales, on ne peut apporter aucune affirmation en l'absence de documents anatomiques suffisants. Toutefois, on peut avancer qu'à côté des lésions discales, purement dégénératives (arthrite lombo-sacrée) la hernie postérieure du disque intervertébral occupe une place importante.

Dans tous les cas de sciatique avec pincement discal soumis à l'épreuve du lipiodol, le lipiodol a montré à la hauteur du disque pincé soit un arrêt partiel, soit une encoche latéralisée du côté de la sciatique. Et dans tous les cas qu'ils ont fait opérer par D. Petit-Dutaillis (7 cas), la présence de la hernie discale présumée a été vérifiée.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 10 mai 1941

Action néphrotoxique des imidazols chez la souris. — MM. N. Fiessinger et R. Minoli étudient les altérations rénales engendrées par les injections d'histamine et d'histidine et pensent qu'elles permettent d'expliquer les poussées de néphrites d'origine gravidique.

Carotène et vitamine A du sang au cours des affections hépatiques. — MM. Noël Fiessinger et H. Torrès ont observé dans le sang des cirrhotiques un abaissement inconstant et léger du carotène et un abaissement constant et important de la vitamine A, confirmant les résultats signalés par Chevalier.

Dans la surcharge en vitamine A, l'augmentation de la vitamine A sanguine est très nette 2 heures après l'absorption, mais rapidement le chiffre de vitamine A retrouve ses taux antérieurs, même dans des surcharges prolongées.

Immunité naturelle de la vipère commune de France (Vipera aspis) à l'égard des venins de Vipera aspis et de Naja tripudians. — M. P. Boquet montre que la vipère de France jouit d'une immunité beaucoup plus forte à l'égard de son propre venin qu'à l'égard du venin hétérologue de *Naja tripudians.* L'immunité de la vipère contre son propre venin présente d'étroites relations avec le pouvoir antitoxique de son sang.

Ultrafiltrabilité du virus herpétique en fonction de l'origine de ce virus. — M. C. Levaditi a vu que la taille conférée par l'ultrafiltration selon la méthode d'Elford à l'unité active du virus herpétique, n'est pas la même si l'on se sert comme source de virus du lapin, animal éminemment réceptif, ou de la souris, espèce à réceptivité atténuée et variable.

De même, varient suivant la source de virus la mortalité des animaux servant à l'épreuve de la virulence des ultrafiltrats et la durée moyenne de l'incubation-maladie.

Action antitoxique de certains dérivés aromatiques sulfurés sur les endotoxines du B. coli et du bacille typhique. — M. C. Levaditi, étudiant l'activité antitoxique exercée *in vivo* par certains dérivés sulfamidés à l'égard des endotoxines microbiennes, montre que certains composés sulfamidés et sulfoxydés exercent *in vivo* une activité antiendotoxique manifeste vis-à-vis des endotoxines du *B. coli* et du bacille typhique. L'acide p. aminobenzoïque semble entraver cette activité antiendotoxique.

La réaction de Takata dans la tuberculose expérimentale du cobaye. — M. F. van Deinse, sur 34 cobayes tuberculisés par voie sous-cutanée avec des bacilles de type humain, a trouvé seulement huit réactions positives, alors que tous présentaient des lésions hépatiques superposables. Dans la tuberculose expérimentale du cobaye, la réaction de Takata peut donc être positive, sans qu'il existe de « cirrhose » hépatique.

Election. — M. Vellaz est élu membre titulaire.

Blutdrückmessung und Kreislauf in den Arterien der Menschen. — Geschichte und heutige lage der Probléme neue Lösungsversuche. (Mesure de la pression artérielle et circulation artérielle chez l'homme. — Historique et situation actuelle de la question), par le Dr Heinrich von Recklinghausen (München), mit 197 Abildungen. — Dresden und Leipzig. Verlag von Theodor Steinkopff, 1940, broché. R. M. 30. Relié. R. M. 31.50.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, FORMES CLINIQUES ET TRAITEMENT DES ARTÉRITES DES MEMBRES

Par M. H. Servelle

Il s'agit d'une question dont l'intérêt est double :

— Elle est un des problèmes les plus courants de la clinique.

— Elle est neuve et a beaucoup bénéficié d'une part, des méthodes d'exploration artérielle, d'autre part, des travaux physiopathologiques, nous permettant d'en mieux saisir la pathogénie. C'est en particulier, grâce aux travaux de Leriche que l'artérite n'est plus aujourd'hui « la maladie des amputations successives ».

LE SYNDROME ARTERITIQUE

LES SYMPTOMES QUI AMENENT LE MALADE :

I. — La douleur. — C'est le plus fréquent, parfois le seul symptôme. Elle revêt des masques variables, mais c'est toujours une douleur de vaso-constriction.

a) La plus connue, c'est la *claudication intermittente,* qui, si elle ne se voit que chez des artéritiques, ne se voit pas chez tous : sorte de crampe, de striction violente qui étreint la masse des muscles. En marchant, le malade est soudain obligé de s'arrêter. Il lui semble impossible de faire un pas de plus. Il s'arrête, se repose un instant, puis tout se calme. Il se remet en route, mais au bout de 400, 500 mètres, le voici repris par sa douleur, et de nouveau obligé de s'arrêter à cause d'elle. S'il marche lentement sur terrain plat, il peut encore aller.

Au membre supérieur, elle revêt parfois le type de la crampe des écrivains.

Cette claudication traduit l'insuffisance d'apport de sang au muscle qui travaille, qui a alors besoin de 7 à 8 fois plus de sang qu'au repos.

b) Très souvent, c'est une douleur plus discrète. Le malade accuse de petites *douleurs dans le pied,* sensation de brisure au niveau de la voûte plantaire. Trop souvent, la constatation d'un léger affaissement fait penser au pied plat douloureux et conseiller le port d'une semelle métallique.

c) Parfois, c'est le tableau brusque de l'embolie : douleur atroce avec impotence, pied et jambe deviennent froids, violacés : début embolique d'une artérite jusque là silencieuse.

II. — Les troubles circulatoires. — Le pied est tantôt blanc et froid, tantôt cyanosé. Un ou plusieurs doigts deviennent violets. Rarement, le malade vient pour des *crises vaso-motrices* analogues au Raynaud avec pâleur puis cyanose.

Enfin, parfois le malade accuse une sensation de *doigt mort.*

Mais il arrive plus fréquemment, qu'il vienne pour des *troubles phlébitiques :* soit phlébite variqueuse superficielle à répétition, soit phlébite banale avec phénomènes douloureux très marqués. Ces lésions veineuses, si elles ne sont pas toujours évidentes, n'en sont pas moins fréquentes.

III. — Les troubles trophiques. — C'est, le plus souvent, une *ulcération sur un orteil,* sur le gros presque toujours, ulcération suintante, torpide, qui inquiète le malade parce qu'elle n'a aucune tendance à la cicatrisation. Souvent, l'ongle a été taillé ou arraché pour le mettre plat, ce qui, fréquemment, entraîne une augmentation du sphacèle avec déjà de l'infection secondaire.

Souvent, les orteils voisins sont violacés, ainsi que le dos du pied. Petits troubles trophiques du côté des ongles, de la peau, des muscles.

IV. — Parfois, le malade accuse simplement des *signes généraux* vagues : fatigue, lassitude rapide dans les membres inférieurs, impossibilité de l'érection. Ne pas oublier qu'il peut s'agir d'une oblitération haute siégeant sur les iliaques ou même sur la terminaison de l'aorte.

V. — Enfin, chez le malade qui vous est adressé pour des *pieds gelés* ou ses séquelles, sachez apprécier l'état du système artériel. L'artéritique est plus sensible au froid que tout autre. Il peut s'agir d'une artérite chez un gelé, ou simplement du déclenchement par le froid d'une gangrène artérielle jusque-là imminente.

Ce sont là les symptômes de début. Mais, trop souvent, le malade n'est vu que plus tard, à la phase de *pré-gangrène*. Le tableau est alors des plus typiques.

— *La claudication* est des plus nettes, apparaissant tous les 100, 200 mètres.

— Le malade accuse alors des *douleurs nocturnes*. C'est une brûlure, une sensation d'agacement intolérable lorsqu'il est au lit. La position horizontale est insupportable. Il est obligé de mettre le pied hors des couvertures.

Il arrive aussi que la douleur le confine au lit ou à la chaise longue, parce qu'il ne peut étendre complètement la jambe et qu'il garde toujours le genou en flexion. Cette position antalgique est d'un fâcheux pronostic : « La thrombose s'étend au niveau de la poplitée » (Leriche).

— Deux facteurs, en outre, vont venir encore augmenter la douleur diurne : c'est l'*infection locale* et la *lymphangite*. La petite plaie atone que nous avons signalée au début sur le gros orteil ou au niveau de sa commissure, très souvent négligée va, en effet, très rapidement s'infecter. Le malade éprouve un type nouveau de brûlure et de tension dans le pied. Le dos du pied devient œdémateux, rouge, et on voit se dessiner sur la jambe, un ou deux cordons de lymphangite.

C'est à dessein que nous insistons sur la variété des petits signes qui amènent le malade à consulter aussi fréquemment que la classique claudication intermittente. C'est l'histoire du malade qui fait faire le diagnostic, l'examen ne va que le confirmer et le préciser.

L'EXAMEN. — Trois recherches ont une importance capitale, c'est en allant de la plus grossière à la plus précise :

— La palpation des artères,
— L'examen oscillométrique,
— L'artériographie.

1° *Palpation des artères.*

Ce doit être un véritable réflexe, lorsque l'on suspecte une artérite. Rechercher systématiquement le pouls à la fémorale sur tout son trajet, à la poplitée en faisant fléchir le genou, à la tibiale postérieure derrière la malléole, enfin, à la pédieuse. Les comparer toujours avec le côté sain et avec les autres membres.

C'est cependant une méthode infidèle et d'appréciation délicate (œdèmes, obèses). C'est pourquoi, il faudra toujours avoir recours à :

2° *L'oscillométrie.*

Les oscillations seront prises à des niveaux identiques sur les deux membres. On complétera l'examen par l'épreuve du bain chaud (Babinski et Heitz) et du bain froid.

L'oscillométrie renseigne surtout sur l'état du ou des vaisseaux principaux : diminution ou suppression complète de l'index oscillométrique, en cas d'oblitération d'une grosse artère. Elle est incapable de renseigner sur l'état de vitalité du membre, c'est-à-dire, sur la valeur des collatérales. L'épreuve du bain chaud met en évidence, l'importance plus ou moins grande des phénomènes spasmodiques surajoutés. Bien savoir que c'est un moyen d'investigation infidèle (hyperpulsabilité paradoxale) ; elle ne peut renseigner exactement sur le niveau supérieur de l'oblitération.

3° *L'artériographie.*

Dernière née de ces méthodes d'examen est, sans aucun doute, la plus précise.

L'artériographie, après injection intra-artérielle de thorotrast (Dos Santos, Leriche) bien décriée, à tort, habituellement sans danger, nous donne des renseignements précis, à condition de faire plusieurs clichés et de les bien interpréter.

Elle renseigne :

1) Sur l'*état anatomique de la paroi artérielle* : spasmée et grêle, ou athéromateuse et moniliforme.

2) Sur l'*existence et l'étendue de l'oblitération*. Dans les cas à début aigu, elle permet de distinguer l'embolie (artère normale au-dessus de l'oblitération, l'arrêt revêt un aspect cupuliforme) de la thrombose de beaucoup la plus fréquente (la paroi de l'artère est altérée au-dessus de l'oblitération) (Fontaine).

3) Sur la *valeur de la circulation collatérale*. L'importance et la précision des renseignements fournis par l'artériographie ne sauraient donc être mis en balance avec les dangers trop souvent hypothétiques dont certains voudraient incriminer cette méthode.

Devant l'importance prise par ces moyens d'investigation, l'examen clinique semble avoir perdu de la valeur. Il ne devra cependant jamais être négligé.

Un examen rapide montre en effet, presque toujours, des orteils violacés, particulièrement le gros, qui est lie-de-vin, avec, très souvent, l'ulcération atone que nous avons déjà signalée : Rarement, on constate un pied blanc exsangue, rappelant ce que l'on voit dans la maladie de Raynaud. A la jambe, l'aspect des téguments est le plus souvent normal, mais mise hors du lit, elle prend une teinte rose sur le pied, s'arrêtant sur la jambe à un niveau variable ; c'est le signe de la chaussette, ou *érythème de déclivité*.

D'autre part, élevée à la verticale, la jambe devient blanche. Si l'on fait passer lentement le membre de cette position à l'horizontale, on voit pour un angle, réapparaître la coloration primitive : c'est l'*angle de suffisance circulatoire de Buerger*.

Enfin, le membre étant à la verticale, on place à sa base un garrot arrêtant toute circulation. On le fait remettre à l'horizontale. On enlève le garrot. Il se produit une réaction hyperémique, ou de retour circulatoire dont l'intensité et la rapidité de progression varient avec le degré de l'atteinte circulatoire : c'est l'*épreuve de Moskowicz*.

Parfois, enfin, on note une atrophie musculaire, portant sur un des membres inférieurs ou sur les deux, et à un stade plus avancé, des rétractions tendineuses.

Enfin, on terminera toujours par un examen général : état du cœur, tension artérielle, albumine, glycémie, B. W. ; recherche d'une localisation viscérale de l'artérite : oblitérations des artères cérébrales, infarctus du rein, angine de poitrine.

EVOLUTION. — Pendant longtemps, l'artérite va rester une affection à symptomatologie surtout douloureuse, avec quelques troubles trophiques. Mais certains incidents peuvent venir accélérer l'évolution.

a) *La thrombose à évolution rapide* : au cours d'une évolution lente, apparaît subitement une douleur aiguë dans le mollet, le pied et la jambe deviennent froids et violacés, simulant l'embolie, mais « le début dramatique d'une oblitération artérielle est bien plus fréquent dans les artérites que l'embolie elle-même » (Leriche).

L'évolution est très rapide. Seule, l'amputation a quelques chances de sauver le malade.

b) *Possibilité d'une thrombose veineuse* qui n'est pas l'apanage exclusif de la maladie de Buerger, mais peut se voir dans toutes les artérites. Ces lésions veineuses, soit qu'elles préexistent, soit qu'elles soient dues à la propagation de la thrombose modifient l'état du membre en créant un œdème qui favorise la transformation humide. La coexistence de lésions veineuses a toujours un pronostic fâcheux.

c) *Momification sèche* d'un placard cutané, d'un ou plusieurs doigts est fréquente. Elle n'est pas toujours très douloureuse. Si on la respecte, elle peut ne pas évoluer et rester torpide des mois. D'habitude, l'*infection* survient, qui amène un redoublement douloureux et précipite les événements.

d) La *gangrène humide* se voit à la suite de l'infection secondaire de ces escarres et plus particulièrement chez les diabétiques.

En somme, l'évolution doit être dominée par la stabilisation des lésions au stade d'artérite sans gangrène par une thérapeutique adéquate. Enfin, il faut bien savoir que l'oblitération artérielle varie beaucoup dans sa symptomatologie et dans son évolution suivant les niveaux (Leriche).

Oblitération de l'aorte au-dessous des rénales :

Fatigabilité des membres inférieurs et impossibilité de l'érection. Troubles trophiques très tardifs (12-15 ans).

Oblitération de l'iliaque externe :

Atrophie de la cuisse et de la jambe, parfois claudication de la fesse ; gangrène toujours très tardive.

Oblitération de la fémorale superficielle :

A pour traduction la classique claudication intermittente. Gangrène, 6, 7 ans.

Oblitération de la poplitée ou de la tibiale postérieure :

Donne de rapides troubles trophiques et une précoce gangrène.

Oblitération de la tibiale antérieure :

Taches gangréneuses sur la peau de la loge antéro-externe et névrose des muscles sous-jacents.

FORMES CLINIQUES

FORMES AIGUES. — Il existe des artérites aiguës, survenant sans prodromes précis locaux.

A. — Il est classique de citer l'artérite aiguë de la *fièvre typhoïde* survenant au cours de la troisième semaine, de même que dans la grippe, le R. A. A., la pneumonie. Elle est exceptionnelle et n'est peut-être qu'une thrombose survenant à l'occasion d'un collapsus cardio-vasculaire.

Début brutal par une douleur vive, aboutissant à une gangrène massive étendue. Elle est grave par elle-même, mais aussi par suite du terrain sur lequel elle évolue.

B. — Il faut en rapprocher l'artérite sous forme d'endartérite oblitérante qui accompagne très rapidement les embolies artérielles. C'est un phénomène très précoce (délai classique des 6 heures) qui n'a pas de traduction clinique, mais gêne la thérapeutique.

C. — On peut enfin signaler le *début clinique aigu de la gangrène sèche massive* du vieillard par artérite, mais survenant après un stade de prégangrène inconnu, car très discret.

Début brutal par des douleurs. Téguments livides avec limite supérieure se constituant peu à peu. Signes généraux graves. Puis gangrène massive avec momification du pied et de la jambe.

Même l'amputation ne peut sauver le malade.

FORMES CHRONIQUES. — De beaucoup les plus fréquentes.

Formes du vieillard.

A. — Artérite par athérome généralisé des gens agés.

Ce sont, très souvent, des vieillards de 70 ans et plus. Ce type clinique est dominé par le caractère de généralisation des lésions artérielles non seulement aux deux membres inférieurs, mais aux membres supérieurs et à tous les vaisseaux de l'économie. L'évolution de la maladie a un caractère de latence remarquable qui rend les manifestations de la défaillance circulatoire, souvent très tardives, car la circulation collatérale a eu le loisir de se développer. On ne s'étonnera pas de voir des malades à une phase tellement avancée, qu'une cause insignifiante est susceptible de déclencher des troubles ischémiques au-dessus des ressources thérapeutiques.

B. — Artérite avec système artériel atteint légèrement par l'athérome.

C'est celle qui nous a servi de description symptomatique. C'est la plus fréquente. Elle est caractérisée par une longue phase prégangréneuse, puis apparaît la gangrène sèche parcellaire, distale, peu extensive avec un bon état général.

Les oscillations sont abolies. L'artériographie montre une oblitération souvent localisée au tronc tibio-péronier ou à la fémorale basse avec athérome au-dessus.

Forme du jeune.

C'est l'artérite juvénile décrite par Buerger et qui serait une thrombo-angéite.

Elle surviendrait à 25, 30 ans. Les phénomènes douloureux seraient plus marqués que dans la forme banale. Les complications phlébitiques seraient plus fréquentes et enfin, l'évolution beaucoup plus grave.

Dans toute l'époque contemporaine, on a considéré que l'artérite sénile et l'artérite juvénile étaient deux maladies différentes. Or, avec Leriche, on doit considérer que, si « cliniquement c'est assez exact, anatomo-pathologiquement, c'est au contraire assez peu probable. Il est possible, probable même, qu'un jour viendra où l'on sera définitivement uniciste ».

Artérite du diabétique.

Elle n'a pas d'individualité anatomique, mais elle est influencée par le terrain. Elle se voit surtout chez les diabétiques âgés et dans tous les diabètes.

C'est très rarement une atteinte des gros troncs artériels, c'est pourquoi on a souvent conservation ou même exagération paradoxale des oscillations.

Ce qui caractérise leur évolution, c'est avant tout la plus grande fréquence de la gangrène humide avec fusées purulentes à la plante et sur le dos du pied, et infiltration lymphangitique de la jambe. C'est ce qui en fait sa gravité.

Enfin, l'artérite diabétique, lorsqu'elle a évolué, retentit sur le diabète lui-même et peut transformer un diabète bénin en un diabète avec acidose.

Les monoartérites.

Les traumatismes répétés, port continuel d'une béquille, côte cervicale ou cal exubérant d'une fracture de la clavicule, conditionnent le développement de la maladie. Les lésions siègent surtout sur la périartère. L'endartérite et la thrombose sont des phénomènes secondaires.

Enfin, dans ce groupe des monoartérites, il faut signaler celle qui n'est que le stade initial d'une artérite ultérieurement généralisée.

TRAITEMENT

L'artérite est, avant tout, une affection chirurgicale.

I. — Le traitement médical n'est souvent qu'un palliatif insuffisant et l'on ne devra pas trop s'y attarder.

Les vasodilatateurs (acécholine) ont une action bien inconstante et toujours passagère.

Pour la gangrène diabétique : traitement du diabète associé au traitement de l'artérite.

II. — Le traitement chirurgical, grâce à Leriche, est actuellement un traitement conservateur.

La chirurgie a, à sa disposition, des petits moyens qui serviront au traitement d'urgence et comme thérapeutique d'attente, et de grands moyens qui sont curateurs dans la limite même de leurs indications.

Petits moyens.

a) Traitement des ulcérations et des momifications parcellaires : badigeonnage au mercurochrome ou goutte à goutte de Dakin. Si infection : injection intra-artérielle de scurocaïne, puis de mercurochrome.

b) Injection de scurocaïne au contact des vaisseaux thrombosés, surtout tibiale postérieure.

c) Infiltration lombaire.

Procédés opératoires s'adressant au spasme et visant à réduire l'hypertonie et à produire un meilleur régime circulatoire périphérique. Ils ont chacun leurs indications :

— Surrénalectomie,
— Section des splanchniques,
— Sympathectomie lombaire haute ou basse,
— Artériectomie.

Toutes ces opérations conservatrices échouent quand il n'y a plus de muscle, quand il y a escarre talonnière, quand la jambe est en continuelle flexion antalgique. C'est dans ces cas que l'amputation reste le seul traitement.

Mais actuellement, on sait mieux qu'autrefois dépister les artérites à la phase de début; les méthodes d'examens modernes fournissent des renseignements très précis. C'est de la précocité de l'intervention que dépend le pronostic des artérites.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

28

N°s 47-48. — 11-14 JUIN 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Vaugirard 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — Chaire de pathologie médicale. — Professeur : M. Pasteur Vallery-Radot. — *Conférences sur les grands initiateurs français en pathologie infectieuse.*

Mardi 24 juin : *Pasteur et Roux*, par M. Legroux, président du Conseil scientifique de l'Institut Pasteur.

Jeudi 26 juin : *Charles Nicolle*, par M. Georges Duhamel, de l'Académie française et de l'Académie de Médecine.

Samedi 28 juin : *Laveran*, par M. Blanchard, directeur du Service de santé des Colonies.

Mardi 1er juillet : *Widal*, par le professeur Lemierre, de l'Académie de Médecine.

Jeudi 3 juillet : *Calmette*, par M. Noël Bernard, sous-directeur de l'Institut Pasteur.

Ces conférences auront lieu au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecins (rue de l'Ecole-de-Médecine), à 18 heures.

— Travaux pratiques de pathologie expérimentale. — Une série spéciale de séances de travaux pratiques de pathologie expérimentale, destinée aux étudiants en médecine de 3e année, récemment démobilisés, aura lieu à la fin de juin et au début de juillet 1941. La première séance aura lieu le mardi 24 juin, à 17 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole Pratique.

Faculté de Médecine d'Alger. — Sont chargés d'enseignement : MM. les Professeurs Ettori (chimie organique), Giberton (chimie analytique), MM. Grandgaud (chimie organique), Monnet, agrégé (chimie organique), Sabon (chimie organique).

— La chaire de clinique médicale et hygiène infantile de la Faculté de Médecine d'Alger est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.
(*J. O.*, 2 juin 1941.)

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. le Professeur Papin est nommé membre du Conseil de l'Université, en remplacement de M. le Professeur Guyot, retraité.

Faculté de Médecine de Nancy. — Mlle Denise Seurin, docteur en médecine, est déléguée dans les fonctions de chef de clinique des maladies tuberculeuses, à compter du 1er mai 1941.

Ecole de Médecine de Reims. — M. le Professeur Techoueyres est nommé directeur honoraire.

Ecole de Médecine de Rennes. — M. Abel Pellé, professeur suppléant d'anatomie, physiologie et histologie, est prorogé pour un an du 1er mai 1941.

M. Henri Massot, professeur suppléant de pathologie interne et clinique médicale, est prorogé pour un an du 1er juin 1941.

Légion d'honneur. — Guerre. — *Chevalier :* Médecin lieutenant Bernard (Paul-Louis-Marie), du 77e groupe de reconnaissance divisionnaire (Croix de guerre avec palme).

Médecin lieutenant Duval (Georges), du groupe sanitaire divisionnaire n° 132 (croix de guerre avec palme).
(*J. O.*, 24 mai 1941.)

Guerre. — *Chevalier.* — Médecin-lieutenant Henri Thomas, du 117e régiment d'infanterie (Croix de guerre avec palme).
(*J. O.*, 27 mai 1941.)

Guerre. — *Officier.* — Médecin commandant Luquet (Armand), du 94e régiment d'infanterie (Croix de guerre avec palme).
(*J. O.*, 3 juin 1941.)

Médaille militaire. — M. Guillon, André, pharmacien auxiliaire au groupe sanitaire divisionnaire n° 132 (Croix de guerre avec palme.) (*J. O.*, 24 mai 1941.)

Maison centrale et Maison d'arrêt de Riom. — M. Riberolles est nommé médecin de la Maison centrale et de la Maison d'arrêt de Riom, en remplacement de M. Roulet, dont la démission est acceptée.

Voir la suite des Informations, page 489.

Conseil de l'Ordre des Médecins du département de la Seine

Communiqué du 5 juin 1941

Le Conseil de l'Ordre départemental des Médecins de la Seine adresse un pressant appel au Corps Médical Parisien et de la Banlieue en faveur des **confrères réfugiés** dans leur département, et dont beaucoup, privés de leurs ressources normales, sont dans le plus entier dénuement.

Les souscriptions peuvent être adressées 28, rue Serpente, à Paris (4[e]), au siège de l'Ordre des Médecins de la Seine, dont la Commission des Œuvres sera reconnaissante à ceux qui voudront bien l'aider à secourir toutes les détresses médicales.

Communiqué du 6 juin 1941

(Suite du communiqué publié dans la *Gazette des Hôpitaux* des 28-31 mai 1941)

Un service de voitures automobiles à la disposition du Corps Médical de 8 heures à 20 heures fonctionne déjà. Il est assuré par la S.L.O.T.A., 8, rue de la Cavalerie (Suffren 08-73, 08-74, 73-75) où les demandes doivent être adressées.

Le Conseil de l'Ordre de la Seine complète cette organisation par la création d'un service de nuit, de 20 heures à 8 heures, à partir du 17 juin 1941.

Stationnement des voitures et appel :

Les voitures stationneront dans les hôpitaux suivants où les médecins pourront les appeler :

Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis-Notre-Dame, tél. Odéon 25-71 ; Maison Municipale de Santé, 200, faubourg Saint-Denis, tél. Nord 16-07 ; Marmottan, 19, rue d'Armaillé, tél. Etoile 44-79 ; Necker, 151, rue de Sèvres, tél. Ségur 07-25.

Tarif :

Prise en charge : 5 francs pour 350 mètres.

Tarif kilométrique : 1 franc pour 350 mètres.

Heure arrêtée : 40 francs.

Indemnité de retour par voiture laissée à plus de 1.600 mètres de l'ancienne enceinte fortifiée : 2 fr. 50 par zone de 800 mètres.

Emploi et contrôle :

L'usage de ces voitures sera réservé aux *seuls* médecins. Ils devront justifier de leur identité et de l'utilisation de la voiture par la remise au conducteur d'un soussigné établi sur papier à entête, désignant l'heure de la course et son but.

Les soussignés seront régulièrement envoyés au Conseil de l'Ordre de la Seine qui procédera aux vérifications et sanctionnera tout abus.

Renseignements

Important poste Y.O.R.L., à céder après décès. Seul spécialiste rayon 60 km. Région Rennes. Instrumentation complètement neuve, installation, bail à reprendre. S'adresser au journal.

Licenciée en droit, dactylographe, diplôme infirmière, cherche place *secrétaire* auprès de médecin. Ecrire Mlle H. L., aux bureaux du journal.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

CHRONIQUE

Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle

d'après M. LERICHE

Parmi les intéressantes conférences de thérapeutique faites sur l'initiative du Prof. Lœper, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, l'une des plus remarquées fut celle du Prof. LERICHE. Elle avait pour objet le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle et a permis à l'auteur de développer sur ce sujet des vues originales basées sur son importante expérience personnelle.

Après avoir évoqué les recherches expérimentales de Goldblatt, tendant à démontrer l'origine rénale de l'hypertension, M. LERICHE s'élève contre la généralisation hâtive faite par les expérimentateurs concluant à l'inefficacité de la surrénalectomie pour modifier la tension artérielle du chien ; l'homme malade, atteint d'hypertension, ne réagit pas à l'ablation de la surrénale de la même façon que le chien chez lequel on a provoqué une hypertension par striction des pédicules rénaux.

Si, physiologiquement, la surrénalectomie n'est pas justifiée, il n'en demeure pas moins que l'exérèse de cette glande chez les hypertendus fait disparaître la plupart des signes subjectifs, pour la plus grande satisfaction du malade ; la tension artérielle commence par baisser puis remonte, pour se stabiliser autour de 20.

L'examen histologique de 9 pièces fraîches a montré à l'auteur :

1 fois une surrénale normale.
3 fois des lésions de la médullaire.
2 fois des lésions de la corticale.
3 fois des lésions associées des deux parties de la glande.

M. LERICHE invoque encore deux arguments en faveur du rôle de la surrénale dans certaines hypertensions : l'étude de l'hypertension paroxystique, la création d'hypertension par greffe surrénale chez le chien.

A côté de la surrénalectomie, la méthode actuellement la plus en faveur est la section des splanchniques : son exécution technique est relativement simple ; elle agit en modifiant la texture des surrénales. En principe, il faut couper les splanchniques des deux côtés, section qu'il vaut mieux faire en deux séances successives.

375 cas opérés par Pitt ont donné les résultats suivants :

Dans 48 % des cas l'abaissement de la tension a été de 4 points;
Dans 76 % des cas, soulagement considérable des troubles subjectifs ;
Dans 16 % des cas, amélioration modérée ;
62 % des malades ont pu reprendre leur travail.

Contrairement à l'opinion de l'auteur américain, M. LERICHE estime que les troubles oculaires sont peu modifiés.

Le traitement chirurgical doit être réservé aux hypertensions rebelles aux traitements médicaux mais ayant conservé un bon fonctionnement rénal (urée inférieure à 0,50) : le chiffre de la tension artérielle n'a pas en lui-même une grosse importance.

P. L.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ADOVERNE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Glucosides de l'Adonis Vernalis* Gouttes : 20 à 40 p. j. Gran. : 2 à 4. Supp. : 1 p. j.	Insuffisances cardio-rénales
BÉNERVA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Aneurine cristallisée (Vitamine B_1)* Comp. 1 mg. : 2 à 4 p. j. Amp. 1 cm³ (2 mg) : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ (10 mg) : 1 p. j.	B_1-Hypovitaminoses Surmenage, Algies, Polynévrites, etc.
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
LAROSCORBINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Vitamine C synthétique cristallisée* Comp. : 2 à 4 p. j. Amp. 2 cm³ : 1 à 2 p. j. Amp. 5 cm³ : 1 p. j.	Toutes déficiences organiques
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques

L'AVENIR DES ENFANTS DIABÉTIQUES

A PROPOS D'UNE FEMME DE 27 ANS TRAITÉE PAR L'INSULINE DEPUIS L'AGE DE 13 ANS

Par M. le Professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

Chez l'enfant, *il y a diabète et diabète.* On observe, en effet, des *petits* et des *grands diabètes.*

Le petit diabète voisine avec les *glycosuries alimentaires ;* il est lié généralement à une déficience des fonctions hépatiques et intriqué avec des manifestations de la *diathèse neuro-arthritique*, qui, suivant Georges Mouriquand, mérite d'ailleurs l'appellation d'*hépato-arthritisme.* Convenablement traité, il disparait assez facilement. Cependant, quand on le constate, il convient, au début, de faire quelques réserves, car il peut n'être que le premier stade d'un grand diabète.

Le grand diabète est tout autre. Il rentre dans le groupe des *diabètes dits pancréatiques.* L'importance de la glycosurie, l'hyperglycémie, les phénomènes de dénutrition, la fréquence de l'acidose en font une maladie particulièrement sévère. C'est de *l'avenir des enfants atteints de ce grand diabète* dont je vais traiter.

***

Pour les grands diabètes, la découverte, en 1922, par les Canadiens Banting, Collins, Mac Leod et Noble, de l'*insuline* et la pratique de l'*insulinothérapie* ont entraîné une véritable révolution ; on peut comparer celle-ci à la révolution qu'ont causée la découverte par Von Behring du *sérum antidiphtérique* et l'application de la *sérothérapie* par Emile Roux, Louis Martin et Chailloux, en 1894, à la diphtérie des enfants. Le traitement nouveau a modifié grandement les symptômes, l'évolution, le pronostic du diabète des enfants.

Comme je l'ai écrit avec Paul Ducas (1) « la transformation qu'il a subie permet d'affirmer l'efficacité de cette thérapeutique, de même que la transformation de la diphtérie a permis d'affirmer la valeur de la sérothérapie antidiphtérique ». Le diabète *depuis l'insuline* diffère singulièrement du diabète *d'avant l'insuline.*

Avant l'insuline, le grand diabète, ainsi que je le disais en 1919, dans une de mes leçons (2), conduit « généralement à la mort, soit en moins d'une année, parfois en quelques mois, soit en trois ou quatre ans au plus ». Une fille, dont j'ai rapporté l'histoire (3) en 1922, entrée dans le diabète à 13 ans, meurt à 16 ans, après 3 ans de maladie.

A cette époque, le traitement a pour base des *régimes de restriction des glucides*, qui sont mal supportés par l'enfant et peu efficaces. L'évolution se poursuit plus ou moins rapidement d'une façon discontinue, entrecoupée d'incidents qui en accélèrent le cours. Pendant les premiers mois, un régime sévère entraîne généralement une diminution de la glycosurie et une réduction de l'acidose. Puis, après une succession d'aggravations, la glycosurie n'est plus réductible, l'acidose devient permanente, la tolérance aux glucides de plus en plus faible et même nulle, les troubles du bilan azoté s'exagèrent. Finalement, le coma est imminent ; les menaces cèdent d'abord au traitement ; bientôt celui-ci devient inactif et l'enfant meurt.

La *mort* est la règle, la *guérison* l'exception. Celle-ci est mentionnée dans 1 à 8 % des cas, suivant les statistiques.

(1) Nobécourt (P.) et Ducas (Paul). Le diabète sucré des enfants *in.* Nobécourt (P.) et Babonneix (L.). *Traité de Médecine des Enfants.* Masson et Cie, Paris, 1934, tome I.

(2) Nobécourt (P.). *Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance.* Masson et Cie, Paris 1926, XII. Quelques considérations sur le diabète sucré de l'enfant (6 septembre 1919).

(3) Nobécourt (P.). *Clinique médicale. Loc. cit.* XIII. Histoire d'une enfant diabétique (29 avril 1922).

Sur 1.000 cas de diabètes relevés dans la littérature avant 1917, P. C. Jeans compte 10 guérisons. Encore s'agit-il, presque toujours, sinon toujours, de diabètes légers, frustes.

Dès les premières applications de l'insulinothérapie, les *bons effets du traitement* sont évidents. Quelques mois après son introduction en France, en 1923, je puis présenter, dans une de mes leçons (1), une fille de 12 ans et un garçon de 15 ans, chez qui le diabète parait avoir débuté respectivement à 9 ans et à 14 ans 1/2 ; chez eux un traitement par l'insuline, pendant quelques mois, a « une action manifestement favorable ». Le traitement poursuivi pendant plus d'une année confirme cette opinion (2) ; mais, je concluais en disant qu' « il est de date trop récente pour qu'on puisse juger actuellement de ses résultats à longue échéance ».

A côté des bons résultats, il y avait des *échecs.* Ceux-ci tenaient, pour une part, à la qualité inégale des insulines administrées et à la conduite encore mal précisée du traitement. A mesure que la préparation de l'insuline et la conduite du traitement se sont perfectionnées, les échecs sont devenus de plus en plus rares.

Les *statistiques* suivantes en font foi. Sur 100 diabétiques traités par l'insuline, le nombre des décès est de 14,5 avant 1927 (Joslin), de 1,18 en dix-neuf mois (1929-1930) (Joslin et P. White). Parmi les 423 malades de la statistique de Joslin et P. White, une centaine ont un diabète qui évolue depuis dix ans au moins.

Mais *est-il permis de parler de guérison du diabète?*

En 1934, douze ans après le début de l'insulinothérapie, j'écrivais avec Paul Ducas : Malgré l'efficacité du traitement « il n'est cependant pas possible de parler de guérison complète du diabète des enfants. L'insuline permet aux enfants diabétiques de mener une vie intellectuelle et physique sensiblement normale, mais ils restent fragiles, doivent être surveillés et traités d'une façon constante. Ils ont un équilibre instable et, sous des influences diverses, même à l'occasion d'affections légères, de fatigue, ils peuvent présenter des recrudescences du diabète, des poussées d'acidose et tomber dans le coma ».

Aujourd'hui, après une pratique d'une vingtaine d'années, pendant lesquelles l'insuline a été largement utilisée, cette appréciation est toujours justifiée.

L'observation suivante en est la confirmation. Il s'agit d'une femme que je soigne depuis l'âge de 13 ans et qui est actuellement dans sa vingt-huitième année.

J'ai décrit ailleurs les phases successives de l'histoire d'Odette D... (3) jusqu'en mai 1935. Je vais les résumer brièvement et exposer son comportement depuis cette époque.

Elle naît le 19 octobre 1913. Elle se développe régulièrement et jouit d'une bonne santé. Elle a, en mai 1926, à 12 ans 7 mois, ses premières règles ; ses menstruations reviennent régulièrement jusqu'en février 1927, à 13 ans 4 mois ; dès lors, l'aménorrhée s'installe.

En juillet 1926, à 12 ans 9 mois, apparaissent les symptômes du diabète.

Son état s'aggrave ; *à la fin de décembre*, à 13 ans 2 mois, on constate la glycosurie. Elle est très maigre ; la glycosurie est de 78 gr. par litre et par jour, la glycémie de 3 gr. 65 o/oo ; les urines contiennent de grandes quantités d'acétone et d'acide diacétique. Elle tombe dans le coma et est envoyée à l'*Hôpital des Enfants Malades.* Sous l'influence de l'insuline elle sort rapidement du coma. Le traitement est continué irrégulièrement.

Odette entre à la *Clinique Médicale des Enfants* le 1er mai 1927, à 13 ans 6 mois. Elle mesure 155 cm. et pèse 41 kg. 750, au lieu de 140 cm. pour son âge, de 49 kg. pour sa taille. La glycosurie

(1) Nobécourt (P.). *Clinique médicale. Loc. cit.* XVI. Deux observations d'enfants diabétiques. Etude de la tolérance aux hydrates de carbone. Traitement par l'insuline (2 juin 1923).

(2) Nobécourt (P.). *Clinique médicale. Loc. Cit.* XVII. Le traitement par l'insuline du diabète sucré des enfants (15 novembre 1924).

(3) Nobécourt (P.). Le diabète des filles à la période pubertaire (Leçon du 19 mai 1928). *Journal des Praticiens*, 1er juin 1929.

Nobécourt (P.) et Ducas (Paul) *Loc. cit.*

Nobécourt (P.). L'insuline dans le traitement du diabète sucré des enfants. Histoire d'une fille, actuellement âgée de 22 ans, traitée depuis neuf ans. *Le Progrès Médical*, 11 décembre 1935.

est au voisinage de 150 gr. par vingt-quatre heures, la glycémie de 4 gr. 15 o/oo.

Nous continuons le traitement par l'insuline et, dès lors, c'est-à-dire neuf ou dix mois après le début clinique du diabète, nous le poursuivons méthodiquement.

Avec des doses quotidiennes de 80 unités d'insuline pendant deux mois et demi, la glycosurie et l'acétonurie disparaissent, la glycosurie tombe à 2 gr. 12 par litre, le poids augmente.

On diminue alors graduellement les doses d'insuline, puis on la supprime (*28 septembre*). La glycosurie ne reparaît pas, la glycémie tombe à 1 gr. 35 o/oo.

Pendant deux mois et demi on n'injecte pas d'insuline et la glycosurie fait défaut.

Au bout de ce temps (*16 décembre*) le régime alimentaire restant le même, la glycosurie reparait et augmente rapidement, l'acétonurie se montre de nouveau, la glycémie s'élève à 2 gr. 75 o/oo. Cependant, malgré l'absence d'insuline, la menstruation reparait après neuf mois de suppression.

Le *18 janvier 1928* (Odette est âgée de 14 ans 3 mois), nous recommençons l'insuline. Il faut atteindre 90 unités par jour pour faire disparaître la glycosurie et l'acétonurie.

Ce résultat obtenu, on diminue les doses, en tâtonnant. Pendant longtemps, on ne peut les abaisser au-dessous de 40 unités ; la glycosurie reparaît avec 20 ou 30 unités. Cependant la glycémie diminue jusqu'à 1 gr. 84 o/oo.

C'est seulement après vingt mois de ce traitement (*septembre 1929*) qu'avec 20 unités, la glycosurie ne reparaît pas. Odette a 16 ans.

On diminue les doses d'insuline à 10 unités et même on essaie d'espacer les injections de quelques jours. La glycosurie manque certains jours, reparaît à d'autres. Puis elle redevient permanente (10 à 15 grammes par litre).

En *février 1930* (Odette a 16 ans 4 mois) on reprend les injections quotidiennes de 10, puis 20 unités. Avec cette dernière dose, la glycosurie disparaît pendant quatre mois. Puis, en *septembre*, bien qu'on injecte toujours 20 unités, elle reparaît, atteint 18 à 20 grammes par jour et est accompagnée d'une légère acétonurie.

En *février 1931* (Odette a 17 ans 4 mois) on doit injecter 40 unités pour faire tomber la glycosurie à l'état de traces.

A *partir de mai*, on varie, suivant les périodes, les doses d'insuline (10, 20, 30 et même 45 unités) en tenant compte du taux de la glycosurie qui oscille de 2 ou 3 grammes à 20 et 40 grammes.

Pendant près de trois ans, la situation ne se modifie pas. *Au début de 1934*, la glycosurie devient faible et irrégulière. *A partir de mars*, on n'injecte plus que 10 unités. La glycosurie disparaît ; les urines ne contiennent que, de loin en loin, une petite quantité de sucre.

En *septembre 1935*, on essaie la suppression de l'insuline. Une glycosurie intermittente reparaît. Aussi *en octobre*, on recommence à injecter 10 unités ; la glycosurie disparaît. Odette a alors 22 ans.

Les injections quotidiennes de 10 unités sont continuées. Il ne se produit ni glycosurie, ni acétonurie.

En *janvier 1937*, Odette, qui est âgée de 23 ans 3 mois, a une grippe avec de la fièvre (38°9). Elle présente de la glycosurie et de l'acétonurie. La dose d'insuline est portée à 40 unités. Ces symptômes disparaissent.

On revient à 20 unités et on continue cette dose jusqu'en *mars 1938*. Comme la glycosurie fait toujours défaut, on injecte, dès lors, seulement 10 unités.

En novembre, alors qu'Odette a 25 ans, survient un ictère infectieux du type catarrhal. Il provoque de la glycosurie et une forte acétonurie. On injecte 40 unités.

L'ictère rétrocède lentement. La glycosurie et l'acétonurie disparaissent.

On revient à 20 unités et on continue cette dose *en 1939* et *en 1940*. Il n'y a pas de glycosurie.

En août 1940, la glycosurie reparaît et s'élève à 60 gr. par litre. La glycémie est de 2 gr. 73 o/oo.

On injecte, dès lors, 40 unités. La glycosurie tombe à 10 gr. par litre, la glycémie à 1 gr. 61 o/oo (*décembre*).

Depuis, la glycosurie varie. En *février* et *mars 1941*, elle est de 35 gr., de 30 gr. par litre.

Actuellement (*15 mars 1941*), les 40 unités sont continuées.

Odette est âgée de 27 ans 5 mois. Elle va très bien. Elle est vive, gaie, travaille sans fatigue dans une usine de produits pharmaceutiques. Elle mesure 160 cm. et pèse 61 kg. 200. Elle est bien réglée. Elle a bon appétit et digère bien. Elle a l'apparence de la santé.

Cependant, depuis la fin de novembre, s'est installé, dans la partie inférieure des jambes, entre le mollet et la cheville, symétriquement un érythème cyanique en plaques et un œdème résistant, surtout marqué par les temps froids. Cette affection, traitée par un cérat à l'huile de foie de morue et par l'huile de foie de morue *per os* a tendance à régresser. Ce traitement paraît avoir une influence heureuse sur l'état général.

Depuis qu'elle est traitée par l'insuline, Odette est soumise à un régime qu'elle suit dans la mesure du possible. Ce régime comprend surtout des légumes, de la viande, du poisson, des œufs, du beurre ; elle ne prend pas de sucre, mange des pommes de terre, des pâtes, du pain en quantité limitée, des fruits (presque toujours des pommes). Depuis les restrictions alimentaires ses rations de viande, de pommes de terre, de beurre sont naturellement très réduites. Cependant, nous venons de le voir, elle reste glycosurique.

Telle est la longue histoire d'Odette. Entrée dans un grand diabète à la fin de sa treizième année, traitée régulièrement par l'insuline depuis l'âge de 13 ans 6 mois, elle est maintenant âgée de 27 ans 5 mois. Le traitement l'a grandement améliorée et à fait disparaître la glycosurie pendant de longues périodes ; il lui permet de mener une existence normale. Mais, après quatorze ans de traitement, elle n'a que l'apparence de la santé, elle est toujours diabétique. Malgré une dose assez forte, malgré la limitation des glucides, la glycosurie reparaît de temps en temps.

Jamais on n'a pu supprimer l'insuline ni l'autoriser à manger librement.

Cette diabétique n'est donc pas guérie et on peut penser qu'elle ne guérira pas. Mais, grâce à l'insuline, il est probable que, si elle continue à se soigner et s'il ne vient pas d'incident, elle peut vivre encore longtemps.

L'observation de sa mère, qui est également diabétique, autorise ce pronostic.

Mme D... est née le 24 février 1892. En janvier 1927, à 35 ans, quand on découvre le diabète chez sa fille, elle fait faire une analyse de ses urines : on y trouve 62 gr. 50 de glucose par litre, 187 gr. 50 par vingt-quatre heures. Elle est mise à un régime hypoglycosique et reçoit 60 unités d'insuline.

En octobre 1935, à 43 ans, bien qu'elle soit toujours au traitement, elle a une glycosurie d'environ 35 grammes par jour, sans acétonurie.

Actuellement, en mars 1941, à 49 ans, je sais qu'avec 80 grammes d'insuline et un régime hypoglycosique, elle a toujours de la glycosurie. Elle est, parait-il, toujours très maigre, mais n'est jamais arrêtée ; elle mène la vie fatiguante d'une ménagère qui a la charge de tenir sa maison, de faire la cuisine et de ravitailler sa famille.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 28 mai. — 1° Jury : MM. Tanon, Mondor, Henri Bénard, Leveuf. — M. Goldstein. Contribution à l'étude du syndrome de Waterhouse Friderischsen. — M. Mazères. Saint-Vincent de Paul et l'assistance aux enfants. — M. Lemarié. Saccharine et sucre. — M. Le Roux. Les dystrophies osseuses de la neurofibromatose. — M. Laurence. Les lésions consécutives à la contusion de l'artère humérale au cours des fractures supra-condyliennes de l'humérus chez l'enfant. — M. Mondaven. De l'intérêt du dosage du glutathion réduit du sang pour le diagnostic de certaines asthénies. — Mlle Magallon-Graineau. Recherches sur les troubles respiratoires de l'intoxication cyanhydrique.

2° Jury : MM. Abrami, Petit-Dutaillis, Vignes, A. Couvelaire. — Mlle Simon. L'avenir des éclamptiques. — Mlle Le Blond. Fractures et luxations de l'épaule par contraction musculaire.

Jeudi 29 mai. — 1° Jury : MM. Lereboullet, Lenormant, Patel, Soulié. — Mlle Laisney. De l'influence du scoutisme sur la santé des étudiants. — M. Dubost. La cholécystectomie dans les cholécystites aiguës lithiasiques.

2° Jury : MM. Jeannin, Guillain, Carcin, Sicard. — M. Voron. Les thrombus génitaux en obstétrique.

Vendredi 30 mai. — Jury : MM. Fiessinger, Mathieu, Brouet, Cachera. — M. Milluy. Contribution à l'étude des fistules gastro-duodénales. — M. Le Picard. Le genou recurvatum poliomyélitique. Etude critique et thérapeutique.

THESES VETERINAIRES

Lundi 19 mai. — Jury : MM. Fiessinger, Lespoutries, Maignon. — M. Lusseau. Les ictères dissociés du chien.

Mercredi 28 mai. — 1° Jury : MM. Tanon, Letard, Lesbouyries. — M. Lecaplain. Le porc de Bayeux.

2° Jury : MM. Henri Bénard, Coquot, Lesbouyries. — M. Lezy. Désinjections de sérum salé hypertonique dans la myoglobinurie du cheval.


VITAGAR
A BASE DE
VITAMINE B

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

La maladie de von Gierke

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Bien qu'elle ait été entrevue, avant lui, par quelques auteurs : Wagner et Parnas (1921), Snaper et von Crefeld (1928), la maladie dont il va être question ici et que l'on appelle aussi *hépato-néphromégalie glycogénique, thésaurisme glycogénique, maladie de l'emmagasinage glycogénique*, a acquis droit de cité en pathologie à la suite des recherches de von Gierke, fondées sur l'étude de deux cas personnels :

1° Bébé du sexe féminin de 2 à 3 mois, chez laquelle, dès la naissance, on avait constaté un gros ventre. A 3 ans 1/2, on lui découvre, en plus, de l'hépato-splénomégalie. Il n'y avait, dans ses urines, ni sucre ni albumine. Elle était de petite taille pour son âge. Elle mourut, à 8 ans, d'influenza. A l'autopsie, foie pesant 2 kilogrammes, descendant jusqu'au pelvis, avec hypertrophie du lobe gauche ayant fait penser, à tort, à une grosse rate, thymus petit, reins volumineux, pesant le double de reins normaux, surrénales atrophiées. L'hypertrophie du foie et des reins tenait à l'accumulation de glycogène à leur intérieur.

2° Chez un bébé mort de pneumonie à près de cinq ans on avait constaté une tuméfaction abdominale datant, selon la mère, de la naissance. A l'autopsie, foie de 1.860 grammes, grosse rate, accumulation de glycogène dans les cellules hépatiques et rénales, bien que le rein ne fût pas augmenté de volume.

De l'examen de ces deux cas et de 57 autres épars dans la littérature, M. F. R. B. Atkinson tire les éléments d'un article d'ensemble (1) auquel nous empruntons la plupart des données qui suivent.

Sur ces 59 cas, 31 concernent des filles, 26 des garçons, pour 2, le sexe n'est pas indiqué.

Il s'agit essentiellement d'une affection infantile dont les symptômes initiaux ont été souvent notés, soit dès la naissance, soit au cours de la première année.

Dans quelques cas, elle a revêtu le caractère familial. Pour Ellis et Payn, elle rentre dans le cadre des maladies de type mendélien récessif.

Le signe initial est l'augmentation de volume du foie, sans ictère durable. La réaction de van den Bergh est normale. Le ventre est augmenté de volume, mais de façon inconstante. L'infantilisme, qui ne manque jamais, a été attribué au dyspituitarisme (Hertz). Dans quelques observations se trouvent notés des vomissements, parfois à type acétonémique. L'obésité peut être telle qu'on pense à un syndrome adiposo-génital (von Crefeld). La résistance aux infections est faible, tous les malades succombant à une pneumonie, à une méningite, à la grippe.

Le diagnostic est à faire avec les maladies de Gaucher et de Niemann-Pick, où la rate est toujours très augmentée de volume, avec les cirrhoses du foie, rares chez l'enfant, et se fondera, au besoin, sur une biopsie.

A l'autopsie, voici les principales constatations : foie hypertrophié, pâle, ferme, luisant à la coupe, riche en glycogène ; hypertrophie inconstante de la rate et du rein, avec richesse particulièrement grande en glycogène, non seulement du rein, mais encore du cœur, souvent hypertrophié, d'où confusion possible avec l'hypertrophie idiopathique de cet organe (cardiomégalie glycogénique).

En ce qui concerne la chimie biologique, il faut, avant tout, signaler l'hypoglycémie à jeûn, habituellement latente, avec cétonurie, et que ne modifie pas l'injection d'adrénaline. Le glycogène sanguin est augmenté, fait qu'explique la résistance à la glycogénolyse. De même, le cholestérol sanguin. Quant au métabolisme basal, il donne des chiffres variables. On ne peut, non plus, tabler sur les examens de sang, quoiqu'on ait fréquemment signalé l'hyperglobulie.

***

L'étude de ce syndrome a été reprise et élargie, à diverses reprises, par le professeur R. Debré et ses collaborateurs (1). Pour ces auteurs, il s'agit d'un « ensemble morbide d'origine congénitale, d'évolution chronique, relativement bien supporté, de caractère parfois familial, constaté dès le premier âge ou la petite enfance, n'ayant aucun lien avec une infection, en particulier la syphilis héréditaire. Les symptômes fondamentaux sont : une hypertrophie considérable du foie, une absence totale de splénomégalie, un retard plus ou moins considérable de la croissance, surtout staturale, une répartition anormale de la graisse de couverture, un développement irrégulier des masses musculaires, des troubles certains, mais variables, du métabolisme des glucides et des lipides. A ces caractères fondamentaux s'associent des symptômes inconstants : troubles nerveux, retard intellectuel, démarche incertaine, crises nerveuses, phénomènes épisodiques légers liés à une altération de certaines fonctions hépatiques : ictère passager, petites hémorragies sous-cutanées, urobilinurie, présence abondante de sels biliaires dans les urines.

Ce groupe nosologique, d'origine neuro-endocrinienne, qu'ils proposent d'appeler *polycorie*, où MM. Debré et ses collaborateurs font aussi entrer la stéatose hépatique massive du nourrisson, et auquel s'apparentent sans doute les cas de H. Grenet, Levent et Mourrut (*Société de Pédiatrie*, 21 juin 1932), et un de nos cas (*Gazette des Hôpitaux*, 13 janvier 1937, n° 4, p. 66-67), s'oppose aux lipoïdoses congénitales (maladie de Gaucher, Niemann-Pick, Hand Schuller-Christian), caractérisées par l'accumulation, dans le tissu réticulo-endothélial, de composés lipo-lipoïdiques

Le début en est insidieux. Le premier symptôme est, habituellement, l'augmentation de volume de l'abdomen, due à l'hépatomégalie, considérable, le foie occupant le tiers ou la moitié de la cavité abdominale, refoulant la masse intestinale en bas, à gauche, et totale, portant sur tous les lobes, déterminant une forte voussure abdominale, visible de face et surtout de profil, plus marquée dans la station debout et intéressant surtout la région épigastrique ; la surface de l'organe est lisse, de consistance égale, sans saillie, sans sillon, indolente à la palpation.

La rate n'est jamais grosse. Il n'y a aucun signe d'hypertension portale : circulation collatérale, ascite.

Les troubles de la croissance, évidents, sont d'intensité variable.

Le poids est proportionné à la taille.

La répartition de la graisse de couverture est anormale, le contraste étant frappant entre la face, joufflue, le torse gros et les fesses maigres, les membres inférieurs grêles.

(1) F. R. B. Atkinson. Von Gierke's disease. *The british Journal of Children's diseases*, nos 430-432, XXXV, octobre-décembre 1939, p. 261-292.

(1) R. Debré, G. Semelaigne, Nachmansohn et Gilbrin. Les hépatomégalies polycoriques. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux* de Paris, 1934, p. 1023-1041. *Id.* Les hépatomégalies polycoriques. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux*, 15 juin 1934 ; — R. Debré. Les polycories. *Presse Médicale*, 18 mars 1935, n° 40, p. 801-803.

Les masses musculaires sont petites et molles, hypotrophiques, particularité qui explique certains troubles moteurs et, en particulier, les troubles de la marche.

Quant au syndrome biologique, voici, d'après M. R. Debré et ses collaborateurs, ses principaux éléments : lipémie, portant sur le total des lipides sanguins, sur la cholestérine, sur les lécithines, avec, quelquefois, présence dans les urines de corpuscules biréfringents ; troubles constants, mais variables, du métabolisme des glucides, dont il faut rapprocher la présence de corps cétoniques totaux dans les urines, tous troubles contrastant avec le fonctionnement normal du métabolisme des protides.

A noter que poumons et cœur sont sains, que l'examen du squelette reste négatif, de même que les examens neurologique et ophtalmologique. Les signes infectieux font défaut. L'insuffisance hépatique ou rénale ne se voit que chez certains malades, et souvent, à titre épisodique.

L'évolution, chronique, se chiffre par années. La maladie, qui, parfois, offre le caractère familial, reste longtemps bien tolérée.

Il ne s'agit là, évidemment, que d'un schéma : les différences, d'un cas à l'autre, des réactions biologiques donnent à penser que l'on a affaire plutôt à un groupe nosologique qu'à une maladie isolée. Ce groupe, où rentrent peut-être la sténose pylorique (1) et l'hypertrophie cardiaque idiopathique du nourrisson, reste encore à le différencier d'affections voisines. Dans les hépatosplénomégalies familiales (R. Debré, M. Lamy et R. Goiffon), il y a, par définition, une splénomégalie importante et, aussi, une rétention chronique des sels biliaires. Dans les lipoïdoses, la splénomégalie est, de même, très importante, les troubles nerveux, fréquents et considérables, le pronostic rapidement fatal ; les troubles du métabolisme portent essentiellement sur les lipides. Pour M. R. Debré et ses collaborateurs, le syndrome qu'ils décrivent est rattaché, par des liens de parenté, non seulement aux lipoïdoses, mais encore et surtout à la maladie de Gierke, la stéatose massive qu'ils ont constatée à la biopsie d'un de leur cas, n'étant pas tellement opposée à l'infiltration glycogénique sur laquelle insiste von Gierke, puisque l'on sait, depuis Claude Bernard, que les substances hydrocarbonées peuvent dans certaines conditions, se transformer en graisses.

Ainsi, pour M. Debré et pour ses collaborateurs on peut englober, sous le terme générique de *polycorie*, qui signifie accumulation, dans un organe donné, de grandes quantités de réserves, une série de syndromes voisins : glycogénose hépatique du type Gierke-von Crefeld, glycogénose hépatique prédiabétique avec lipémie du type Parnas-Wagner, stéatose massive hépatique sans lipémie (R. Debré et Semelaigne (2). Telle n'est pas l'opinion de M. J. Comby, qui, dans une note publiée par le même périodique (p. 1041-1044), et intitulé *La maladie glycocénique du foie*, distingue, parmi les hépatomégalies cryptogénétiques de l'enfance, deux types anatomo-cliniques :

1° Stéatose hypertrophique (R. Debré, H. Grenet) ;

2° Maladie glycogénique du foie (maladie de von Gierke).

De ces deux théories, laquelle doit l'emporter ? C'est ce qu'il est encore difficile de dire.

---

(1) Dans un cas récent publié par Garrahan et Caprila (*Archivos de Pediatria del Uruguay*, décembre 1939, p. 756-759), il n'y avait pas d'infiltration glycogénique du pylore.

(2) A ce syndrome ressortissent encore (R. Debré) les cas étiquetés : *gros foie avec hypoglycémie et cétose* (I. Snapper et von Crefeld) *maladie glycogénique* des auteurs allemands et anglo-américains *hypoglycémie chronique avec infiltration graisseuse du foie* (B. Kramer), et probablement les *gros foies de surcharge* de N. Fiessinger.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 5 mai 1941

Sur un cas remarquable d'antagonisme pharmacologique. — M. Raymond-Hamet.

Croissance des populations bactériennes en fonction de la concentration de l'aliment hydrocarboné. — M. Jacques Monod.

Séance du 12 mai 1941

La structure de l'œil des vertébrés et la phylogénie. — Mlle Marie-Louise Verrier.

Séance du 19 mai 1941

Action du benzoate d'œstradiol en solution huileuse dans la différenciation du sexe d'une race de « Rana temporaria » L. appartenant au type différencié. — M. Louis Gallien.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 10 juin 1941

Les Chantiers de la Jeunesse. — M. Nobécourt. — L'Académie adopte les conclusions du rapport lu par M. Nobécourt dans la séance du 29 avril 1941 (voir *Gaz. Hôp.* 1941, nos 35-36, p. 357).

Rapport sur des empoisonnements par la rhubarbe. — M. Brocq-Rousseu rappelle que des cas assez nombreux suivis de mort, sont connus. Il les avait déjà signalés en 1932. Ce sont toujours les feuilles qui causent ces intoxications. Certains auteurs pensent qu'elles sont dues à l'acide oxalique ; d'autres, aux composés oxyenthraquinoniques qui agissent comme irritants violents sur l'intestin.

Une recrudescence d'accidents s'est manifestée ces temps derniers dans la banlieue parisienne, avec des cas mortels.

Les conclusions de ce rapport sont : que l'on peut consommer en petite quantité les pétioles (côtes) en marmelade sucrée ou en confitures ; que la racine qui est purgative doit être laissée de côté, et que la prudence commande de ne pas manger les feuilles, ni cuites comme des épinards, ni en compote, ni en confitures. Le fait que certaines personnes en mangent impunément, par suite d'une accoutumance spéciale, ne doit pas être une raison pour que le public recherche des causes d'intoxication. Il faudra se méfier aussi de ceux qui prétendent avoir des recettes culinaires propres à permettre leur consommation ; on courrait les mêmes dangers qu'avec les soi-disant procédés qui permettent de reconnaître ou de faire cuire, sans danger, les champignons vénéneux.

Rapport sur certains édulcorants. — M. Tanon donne lecture d'un rapport sur cette question. Il propose à l'Académie de donner un avis favorable pour tous les mélanges saccharinés et un avis défavorable à la vente de la dulcine.

L'Académie décide que, jusqu'à plus ample informé, la saccharine est autorisée.

L'Académie demande, en outre, que tout produit sacchariné en porte la mention ainsi que l'indication de la dose centésimale.

Rapport sur l'emploi de l'acide monobromacétique de ses sels et de ses esters pour le mutage des moûts de raisins. — R. Fabre. — L'acide monobromacétique, ses sels et ses esters ont été employés en 1940, par suite de la pénurie d'anhydride sulfureux, pour assurer le mutage des moûts de raisins destinés à être ultérieurement concentrés en vue de l'obtention de sirop de sucre de raisins, ou de confitures. L'Académie de Médecine émet le vœu d'en interdire l'emploi dans ce but, et de n'autoriser que l'emploi d'anhydride sulfureux dont l'élimination est totale au cours de la concentration.

Action de la prostigmine sur la courbe de chronaxie après fatigue. Essai d'une interprétation myo-neurale de la myasthénie. — MM. Bourguignon et Morichau-Beauchant montrent que la prostigmine fait disparaître les variations de chronaxie qu'on observe dans la myasthénie après trois minutes de tétanisation.

Se basant sur les travaux de Dale sur l'intermédiaire chimique dans l'excitation, sur ceux de Walker qui localisent l'action de la prostigmine à la jonction myo-neurale et sur leurs expériences, les auteurs concluent que la myasthénie doit-être le fait d'une altération chimique, l'origine inconnue agissant à cette jonction myo-neurale.

Mais ils apportent aussi la preuve que la prostigmine n'a pas une action spécifique sur la myasthénie, et qu'elle agit de même dans tous les syndromes myasthéniques qui accompagnent diverses affections du système nerveux et en particulier les polio-encéphalites.

Nouveau traitement de l'aliénation mentale par la diélectrolyse de calcium des centres avec ingestion. Son action sur l'état intellectuel et physique et sur l'indice chronologique vestibulaire des enfants arriérés. — M. Bourguignon rapporte les résultats de dix années de recherches portant sur 161 enfants arriérés. Il montre que ce taitement les améliore tous, sauf l'idiotie amaurotique. Le traitement active le développement intellectuel, améliore l'état physique, accélère la croissance des enfants arriérés. L'indice vestibulaire diminue parallèlement à l'amélioration clinique et constitue le meilleur test de l'arriération mentale.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 21 mai 1941

Kyste essentiel du col du fémur. Curettage. Plombage et enchevillement cervical à l'os purum. — MM. Sauvage et Chigot. — M. Funck-Brentano rapporte cette observation où le résultat apparaît comme très satisfaisant ; au bout de 18 mois, la reconstitution du col était complète.

M. Leriche croit que les greffes ostéo-périostiques sont supérieures à l'os purum.

Un procédé simple facilitant les interventions radio-chirurgicales en salle éclairée. — M. d'Halluin. — M. Patel rapporte ce travail où l'on décrit un procédé qui combine l'éclairage en lumière jaune de la salle et celui de l'écran.

L'emploi des greffes et autoplasties cutanées dans les blessures de la main et des doigts. — M. Iselin. — Rapport de M. Wilmoth.

L'auteur utilise les greffes de Davis et les greffes minces à grand lambeau ; la préparation du terrain à greffer est extrêmement importante. L'application de la greffe sur la plaie doit être faite avec une mince gaze qu'on humidifie constamment.

M. Lenormant souligne la qualité des résultats obtenus par M. Iselin.

M. Leriche utilise toujours la greffe de Davis.

A propos de l'entorse du genou. — M. Leriche estime qu'il est indispensable de faire une classification des lésions du genou. Les observations apportées par différents auteurs ont montré qu'il pouvait y avoir des déchirures anatomiques ; M. Leriche considère que de telles lésions doivent être rangées dans le cadre des luxations temporaires ; c'est ce qu'avaient décrit Amédée Bonnet et Malgaigne d'après leurs études expérimentales ; tout ce qui n'appartient pas à un mécanisme de torsion devrait être extrait du cadre de l'entorse du genou.

La pratique systématique de l'infiltration des ligaments permit à M. Leriche de mettre en évidence le mécanisme physio-pathologique de l'entorse, le rôle des réactions vaso-motrices dans la symptomatologie de l'entorse. L'anesthésie agit en coupant ce cercle vaso-moteur.

M. Mondor se refuse à appeler luxation une lésion qui porte uniquement sur un ligament latéral interne et dans laquelle la capsule, la synoviale sont parfois intactes.

Un cas de hernie diaphragmatique. — M. Leriche rapporte une observation dans laquelle l'estomac, l'épiploon et la rate étaient intrathoraciques ; une splénectomie fut nécessaire, sinon il aurait été impossible de refermer la brèche diaphragmatique.

Un cas de kyste à pédicule tordu implanté sur la paroi abdominale antérieure. — M. Barbier relate cette observation dans laquelle le kyste qui paraît s'être développé primitivement dans la paroi abdominale, avait l'aspect histologique d'un kyste de l'ovaire.

Fracture suscondylienne du genou en T. — Présentation de malade. — M. Sorrel a obtenu un excellent résultat après réduction sanglante suivie de contention plâtrée.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mai 1941

Epithélioma pavimenteux greffé sur une tuberculose anale. — MM. Brulé, P. Hillemand et P. Audoly. — L'observation d'un malade chez lequel, en 1936, on porta le diagnostic de tuberculose anale, secondaire à des fistules évoluant depuis 26 ans et apparues après résection de l'épaule pour tumeur blanche. La biopsie et l'inoculation au cobaye permettaient d'affirmer la nature tuberculeuse des lésions.

Le malade est revu en 1941, porteur d'un épithélioma développé au niveau de l'un des orifices fistulaires.

On discute le rôle prédisposant des lésions antérieures dans la genèse du cancer de l'anus. L'observation actuelle apporte la preuve qu'une inflammation prolongée peut être un point d'appel pour le cancer de l'anus.

Intoxication mortelle à la suite d'un lavement à l'oxyquinoléine dans un cas d'oxyurose. — M. N. Fiessinger. — Observation des Drs Le Roy, P. Delthil et P. Tanret sur une intoxication mortelle par le sulfate d'orthooxyquinoléine chez une enfant de 8 ans atteinte d'oxyures. On lui administre un lavement avec 4 gr. de cette substance ; les symptômes furent immédiats : coliques, état de choc, vomissements. Le lendemain, hémoglobinurie et hématurie. Le surlendemain, ictère par hémolyse. La température s'élève, l'azotémie monte à plus d'un gramme. L'anémie est intense, puis un syndrome d'ictère grave apparaît avec hémorragie et la mort survient 88 heures après le lavement.

Les auteurs se demandent s'il ne s'agit pas d'une circonstance fortuite qui aurait favorisé la pénétration subite du produit ou d'une intolérance particulière de cette malade. Une conclusion s'impose, cependant, de ne pas employer les antiseptiques de cette série par voie entérale. M. N. Fiessinger déclare que l'oxyquinoléine est un excellent antiseptique par voie externe et que la réputation de son innocuité par voie digestive a été établie par des expériences sur le chien. Le fait précédent prouve combien il faut être prudent dans la transposition des pouvoirs toxiques de l'animal à l'homme.

Epidémie de troubles carentiels de type béribérique dans une colonie familiale d'aliénés. — M. Sivadon a observé une quarantaine de cas d'œdème généralisé rappelant la forme humide du béribéri, certains s'étant accompagnés de troubles parétiques discrets La moitié ont abouti à la mort dans un tableau d'anasarque avec œdème pulmonaire. Seule la vitamine B_1 a fourni des résultats à peu près constants.

Ces faits sont d'interprétation difficile, car les sujets frappés ne vivent pas enfermés dans un asile ; ils sont placés dans des familles d'agriculteurs dont ils partagent l'alimentation ; or, aucun trouble analogue n'a été observé dans ces familles nourricières.

Peut-être faut-il incriminer une carence relative ou un déséquilibre alimentaire chez ces sujets, gros mangeurs de pain, dont la ration a été brusquement très restreinte.

Il semble, d'autre part, que les tares nerveuses de ces sujets aient constitué un terrain propice au développement de la maladie.

M. Decourt, qui rapporte cette observation, rappelle combien la notion de carence paraît devoir être élargie ; elle ne dépend pas seulement de l'absence ou l'insuffisance d'un principe déterminé, mais de la proportion relative des différents aliments qui composent la ration, de la qualité des fonctions digestives et des facteurs endogènes de l'assimilation.

A côté des carences alimentaires proprement dites, il faut donc faire une place aux carences relatives, aux carences d'absorption et aux carences d'assimilation.

Dystrophie ostéo-chondrale poly-épiphysaire. — MM. R. Clement et Gemault. — Observation de 3 enfants (7 ans, 9 ans, 13 ans) atteints d'une affection localisée aux points d'ossification épiphysaire des os longs. Caractère cliniques : diminution d'amplitude des mouvements d'extension, d'abduction et d'élévation. Caractère radiologique : épiphyses irrégulières, de volume réduit avec retard dans l'apparition des points d'ossification. L'atteinte de plusieurs épiphyses rappelle la maladie de Morquio et la pâle distrophie de Hurler, malgré l'absence de manifestations viscérales.

Etude anatomo-clinique d'un cas de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann terminé par une tuberbulose disséminée. MM. P. Pruvost, E. Hautefeuille, G. Canetti et J. Mabileau. — Les auteurs présentent la fin d'une observation publiée, en 1938, par MM. Troisier, Bariéty, Hautefeuille et Ortholan, concernant un sujet atteint de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme pulmonaire, puis oculaire, cutanée et ganglionnaire. En 1939, survient un abcès froid dorso-lombaire dont la ponction fournit un liquide séro-purulent tuberculisant le cobaye. Cet abcès s'accompagna d'une guérison clinique totale de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. On assiste, dès lors, au déroulement d'une tuberculose à localisations multiples et le malade meurt au bout d'un an dans un état de cachexie profonde. L'étude des réactions tuberculiniques montre que l'anergie déterminée par la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann n'est que relative. L'étude anatomo-pathologique du cas révèle, d'une part, l'existence de scléroses hyalines, d'autre part, l'existence de lésions de tuberculose vertébrale et viscérale caséeuse. Toutefois, on trouve de plus quelques follicules épithélioïdes purs de diagnostic incertain. Ces singulières lésions soulèvent tout le problème étiologique de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 22 avril 1941

Angiomes multiples disparus temporairement au cours d'une septicémie à staphylocoques. — MM. Delthil, Audry et Blanchard présentent un enfant atteint d'angiomes multiples qui ont disparu pendant toute l'évolution d'une infection grave à staphylocoques pour réapparaître aussitôt après la guérison de la maladie intercurrente.

Divers types de malformations cardiaques chez l'enfant. — MM. Lamy, Soulié, Mlle Sammet, MM. de Larminat et Brault rapportent deux observations de situs inversus, l'un chez un enfant de 14 ans, avec Huill, cyanose, électrocardiogramme en miroir, et l'autre chez un enfant de 11 mois avec persistance du canal artériel.

Ils présentent également un enfant de 9 ans atteint d'une communication interauriculaire et d'une malformation de l'artère pulmonaire qui masque complètement l'autre à la radio.

Ils rapportent enfin, l'observation d'une maladie de Roger avec arythmie.

Chylopéritoine apparu à la naissance. Malformation congénitale probable des chylifères abdominaux. — MM. Launay, Goury-Lafond et Henry présentent un nourrisson de 5 mois 1/2 atteint, depuis sa naissance, d'ascite chyleuse, constituée progressivement et actuellement très abondante. Une ponction exploratrice a permis de retirer un liquide riche en graisses et en sucre, non coagulable, de constitution remarquablement fixe, comparable à du lait. Ces caractères permettent d'éliminer l'hypothèse d'une infection péritonéale pour retenir celle d'une malformation des chylifères. La croissance de l'enfant n'est pas encore sensiblement troublée, quelques indices font cependant prévoir l'imminence d'une dénutrition due au passage dans le péritoine de multiples principes organiques et minéraux.

Sur les examens radioscopiques pratiqués en grande série dans les écoles de Paris et de la Seine, — M. Boulanger-Pilet estime que le principe de ces examens est excellent, mais que les conditions d'application en sont mauvaises. La classification des enfants en subnormaux, suspects et pathologiques est artificielle ; la rapidité de l'examen (150 enfants à l'heure) lui fait perdre toute sa valeur ; enfin on ne peut pas reconnaître les enfants récemment allergiques à surveiller et à ménager.

Il serait plus rationnel d'avoir recours aux cuti-réactions systématiquement et périodiquement répétées et de réserver l'examen radiologique aux seuls enfants à cuti-réaction positive.

Rhumatisme chronique déformant avec cataracte. — M. Paisseau et Mlle Debray relatent l'observation d'une fillette de 7 ans, atteinte, depuis l'âge de 2 ans, d'un rhumatisme chronique avec déformations importantes frappant toutes les articulations. Deux ans plus tard est survenue une cataracte opérée sans résultat.

Cette observation, jointe à plusieurs autres, semble dégager un type particulier de rhumatisme chronique de l'enfance.

A propos de deux cas de méningite cérébro-spinale à début anormal. — MM. Milhit, Fouquet et Raynaud ont vu débuter une méningite cérébro-spinale par des signes abdominaux pseudo-appendiculaires et ont observé un deuxième cas dans lequel ont pris la première place un syndrome hémorragique et une anémie impressionnante. Ils discutent le rôle possible du septoplix dans ces derniers accidents et reconnaissent les difficultés auxquelles se heurte parfois le traitement par les sulfamides.

Forme anormale de la dégénérescence amyloïde. — M. Baudet rapporte un cas remarquable par sa localisation sur les vaisseaux, et en particulier sur l'artère rétinienne ainsi que par l'absence des étiologies habituelles, tuberculose ou suppuration prolongée. Il n'a noté, dans le passé de l'enfant, que des poussées répétées d'urticaire et de prurigo.

Volvulus total du jéjuno-iléus chez un nouveau-né. — M. Rocher (de Bordeaux).

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

Séance du 22 avril 1941

L'hygiène dentaire scolaire. — Le Dr Hamon (d'Orléans) conclut de son étude que le dépistage scolaire doit être confié au praticien du voisinage aidé de l'assistante sociale de l'endroit. Les soins seront également donnés par des praticiens installés, le libre choix des parents étant respecté. Le financement serait assuré par une sorte de mutuelle où coopéreraient les Assurances sociales et les familles intéressées.

Traitement de certaines affections maxillaires et périmaxillaires par la dielectrolyse (ionisation calcique). — Le Dr Mathieu rappelle l'observation publiée antérieurement par le Dr Richard d'un cas de phlegmon gangréneux d'origine dentaire ; les accidents aigus avaient été enrayés par une thérapeutique énergique et l'état général du malade s'améliorait, mais il persistait des algies, une suppuration abondante, un trismus serré ; une radio montrait une menace de séquestre pré-angulo-basilaire.

Après quelques séances d'électrolyse de calcium, les douleurs cessèrent, le trismus disparut, la suppuration se tarit et la séquestration fut enrayée.

Deux nouvelles observations mettent en évidence l'efficacité rapide de la diélectrolyse calcique sur le trismus, la douleur, les phénomènes inflammatoires et la régénération osseuse.

Les électrodes employées sont constituées par des lames d'étain ; l'une d'elles imbibée de la solution calcique et reliée au pôle positif, est appliquée sur le maxillaire, l'autre, imbibée d'eau et reliée au pôle négatif recouvre la nuque du malade. Le Dr Mathieu insiste sur la nécessité d'employer des courants d'insentité faible et de faire ingérer au malade une certaine quantité de calcium avant les séances.

Fractures multiples chez les édentés. — Dr Landais (de Nantes).

Kyste paradentaire sur canine de lait. — Kyste péricoronaire sur la canine permanente sus-jacente. — Propos sur la pathogénie des dents incluses et sur la classification des kystes. — M. le Dr Dechaume.

Paralysie faciale datant de 15 ans améliorée par l'extraction d'une canine supérieure incluse. — M. le Dr Duba.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 mars 1941

Un cas de fracture en long biseau de l'humérus gauche avec interposition musculaire, traitée par la double ostéosynthèse. — M. Valentin Charry, M. C. Roederer, rapporteur. — Il s'agit d'une fracture fermée, extrêmement oblique, de l'humérus gauche, au tiers moyen, coïncidant avec une fracture de la tête humérale du même côté, sans déplacement. Une réduction, sous anesthésie générale d'ailleurs, gênée par la présence de la fracture haute concomitante n'ayant pas été obtenue, M. Valentin Charry procéda à une intervention sanglante au cours de laquelle on constata que la pointe du biseau du fragment supérieur avait embroché la masse bicipitale. Après libération, la correction du chevauchement, de l'angulation et du décalage fut obtenue et fixée par une ostéosynthèse par ligature avec l'appareil d'Algave-Genin qui, après 14 mois, est en partie engaînée, le blessé s'étant refusé à son enlèvement. L'indication d'un acte opératoire est, dans des cas aussi nets, autant dicté par la clinique que par la radiographie, et la triade de Guyot doit demeurer dans l'esprit : écartement des fragments, absence de crépitations osseuses, obliquité du trait.

Un nouveau cas d'os tibial externe bilatéral avec pieds plats douloureux. — M. C. Roederer. — L'os tibial externe est un os supplémentaire assez fréquemment rencontré. Ce qui caractérise celui-ci c'est, d'une part, son importance, son opacité, sa complète indépendance vis-à-vis de la tubérosité du scaphoïde, la présence d'un sésamoïde qui appartient sans doute à un muscle jambier et le fait que cet os surnuméraire s'est creusé une logette articulaire dans la tête de l'astragale et le fait aussi que sa mobilisation, quand on le pince entre deux doigts réveille — sans craquement — une vive douleur, celle-là même qui amenait la malade à consulter. Il y avait, d'autre part, coïncidence de pied plat, jamais douloureux. La douleur, localisée actuellement au niveau des os surnuméraires, ne s'est produite et développée qu'après des marches forcées pendant l'exode.

Disjonction cranio-faciale totale. — M. L. Dufourmentel présente une malade victime d'un accident d'automobile chez laquelle la violence du choc détermina un tel enfoncement de la région orbitaire que les deux globes oculaires furent arrachés, les paupières très mutilées, une grande partie du cadre orbitaire détruit et toute l'ossature faciale complètement séparée du crâne. Un casque de Darcissac fut appliqué et sur lui, par l'intermédiaire d'une tige rigide, prit point d'appui une gouttière s'appliquant sur les dents supérieures de façon à immobiliser la mâchoire. Deux greffons ostéo-péréostiques prélevés sur le tibia réunirent le plan temporo-facial et la face externe de l'os malaire. Pendant les semaines d'immobilisation, on pratiqua des opérations accessoires destinées à obturer une brèche nasale et à restaurer les paupières. Actuellement, tout est consolidé, la blessée est aveugle, mais ne porte plus ni appareil, ni pansement, parle correctement et s'alimente aisément.

Etranglement par torsion de l'appendice iléo-cæcal: — M. Moncany (de Corbeil), présente un cas de cette affection qui, d'après lui, n'est pas exceptionnelle, surtout chez les enfants. Ce cas se rapportait à un jeune garçon de huit ans qui avait des signes de crise appendiculaire typique et qui fut opéré dix-neuf heures après le début des accidents. L'intervention montra un appendice noirâtre, tuméfié, énorme, tordu au niveau de son implantation cæcale. Comme il n'y avait aucune réaction péritonéale, la guérison fut obtenue en enlevant l'appendice et en fermant sans drainage.

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

Séance du 22 avril 1941

Pourquoi le lait écrémé se fait-il rare? Faut-il le regretter? — M. Houdinière rappelle comment ont été prises les mesures de rationnement du lait entier, désormais réservé aux enfants et aux malades, des fromages (3,990 gr. par an) et de suppression de la vente de la crême, et c'est pourquoi on distribue exclusivement du lait écrémé aux adultes, en même temps qu'un peu de caséine.

Le lait écrémé est partagé entre les hommes et les porcs, qui sont d'excellents producteurs de protides et de matières grasses, et dont les principaux aliments, tourteaux, graines, farines, pommes de terre, sont épuisés, au moins jusqu'à la prochaine récolte.

Il ne faut pas s'en plaindre, étant donné la valeur hygiénique du lait écrémé, et le bénéfice que nous apporteront les porcs qu'il permet de nourrir.

Séance du 29 avril 1941

Pharmacie. — M. Alexandre donne quelques renseignements sur l'organisation prochaine de la profession pharmaceutique. Il semble qu'elle comprendra trois sections :

1° Les problèmes industriels et commerciaux dépendront du Ministère du Commerce et de la Production ;

2° Ceux qui concernent les salariés, ressortiront du Ministère du Travail ;

3° Tout ce qui regarde la déontologie et la moralité de la profession, sera sous le contrôle de l'Ordre des Pharmaciens et du Ministère de la Santé publique.

Service social rural. — M. Renaudeaux signale l'organisation prochaine de ce service, conformément à la loi qui prévoit l'utilisation, dans les campagnes, des étudiants et des jeunes gens sans emploi. Plusieurs problèmes se sont posés à cet égard, qui sont en voie de solution. Les étudiants en médecine et en pharmacie seront probablement chargés d'une propagande d'hygiène en vue de laquelle ils recevront les directives nécessaires. On devrait y joindre, pour la partie urbaniste, les étudiants en architecture.

M. Renaudeaux déposera un vœu dans ce sens.

Secret professionnel des assistantes sociales. — M. Fontaine. — La liste que contient l'article 378 du Code pénal n'est pas limitative ; elle repose avant tout sur la notion du « confident nécessaire », c'est-à-dire de l'obligation où se trouvent certaines personnes, pour exercer leur profession, de recevoir des confidences de faits « secrets par leur nature ». Il semble bien que les assistantes sociales soient justement dans ce cas. Le secret est donc pour elles une obligation.

Suit une discussion à laquelle prennent part MM. Herpin, Fanton-d'Andon, Rouèche et Mme Gouin.

Assurances sociales. — M. Dournel apporte un rapport général sur la question.

Il montre, en résumé, qu'il n'appartient pas aux Caisses d'assurances sociales d'organiser la médecine prophylactique et la médecine préventive.

Elles sont et doivent rester, de par la pensée génératrice qui les a créées et de par leur composition même, des organismes de financement de soins, soins dont l'organisation et le contrôle appartiennent à ceux qui ont reçu, pour ce faire, la formation nécessaire et dont c'est le rôle particulier dans la Société.

Depuis quelque cinquante ans, on a bâti (nous pourrions dire : on a bâclé) des lois excellentes : celle des Assurances sociales en est une. Mais, par suite de travers bien français et la démagogie aidant, on s'est fort peu soucié ensuite de la perfection de leur application. Par le fait d'une coutume, chère en ces dernières années, de mettre n'importe qui n'importe où, à s'employer à n'importe quoi, les rendements ont été médiocres quand ils ne se sont pas montrés scandaleux ou désastreux.

Le Comité sanitaire de la Région parisienne, qui réunit les représentants de toutes les professions touchant à la santé publique — de la corporation vraiment sanitaire — veut espérer que les Ordres, à commencer par le premier créé, l'Ordre des Médecins, se verront enfin confier, sous le contrôle de l'Etat, ce qui est, par définition même, dans leurs attributions. Ils sauront prouver, dans le domaine qui est le leur, qu'ils étaient dignes de la confiance des pouvoirs publics.

Séance du 13 mai 1941

M. Herpin fait adopter trois vœux : l'un concernant le *Code de déontologie* publié par le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins ; le deuxième relatif à certaines fonctions des Conseils; le troisième concernant *l'accaparement par les restaurants*, au détriment des familles, des quelques denrées non contingentées.

M. Dally donne lecture d'une étude de la *Nomenclature internationale des Causes de décès*, et fait ressortir l'importance capitale des études statistiques pour la connaissance de la mortalité et les progrès de la médecine préventive.

Les principes sur lesquels la nomenclature a été constituée sont dus à Louis-Adolphe Bertillon, et datent du premier Congrès International, en 1893. Les maladies pouvant déterminer la mort ont été classées d'abord d'après leur siège anatomique : maladies des organes de la circulation, maladies des organes respiratoires, etc. Les maladies exogènes ou générales ont reçu une place particulière, ainsi que les accidents et morts violentes.

Telle quelle, cette nomenclature adoptée depuis cinquante ans par toutes les nations et qui rend d'immenses services doit être comprise et acceptée par le corps médical qui en est, en dernière analyse, l'agent principal.

M. Moine lit à son tour une étude sur la *Statistique au service de la Santé publique.*

MM. Delort, Dally et Boyé demandent que les étudiants soient formés à l'usage de la statistique dans chaque service.

Un vœu sera rédigé, résumant les idées émises au cours de cette discussion et présenté à la prochaine séance du Comité.

LIVRES NOUVEAUX

Prophylaxie des maladies contagieuses, par M. R. Dujarric de la Rivière. Un vol. 120 pages, 1940 (Publication de l'Institut Pasteur). Prix : 25 francs. Le Mouvement Sanitaire, 40, rue Marbeuf, Paris (8e) et Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris.

Malgré toutes les épreuves subies depuis un an, l'état sanitaire de la France a été, jusqu'ici, satisfaisant, mais nul ne peut prévoir ce que sera l'hiver prochain. Les populations sous-alimentées seront, en effet, dans un état de réceptivité probable. A aucun moment, la prophylaxie des maladies contagieuses n'a donc été plus nécessaire.

On doit remercier le Dr Dujarric de la Rivière de nous apporter aujourd'hui, sous une forme concise et particulièrement claire, documentée aux meilleures sources de l'Institut Pasteur et du Conseil d'hygiène, les réflexions suggérées par sa longue expérience.

L'auteur, après avoir rappelé les règles générales de l'organisation pratique de la lutte contre les maladies infectieuses, passe en revue les maladies à déclaration obligatoire et les maladies à déclaration facultative. Chacune de ces maladies fait l'objet d'un rappel étiologique et clinique, puis sont étudiées les règles de prophylaxie générale et individuelle, la thérapeutique et la législation en cours.

M. Dujarric de la Rivière étudie successivement les infections typhoïdiques, le typhus exanthématique auquel il consacre un important chapitre dont nous conseillons particulièrement la lecture. Puis il passe en revue les fièvres éruptives. A propos de la scarlatine, il fait un rappel de la méthode de Milne (1).

Après l'étude très complète des maladies infectieuses, M. Dujarric de la Rivière rappelle les mesures de désinfection, les vaccinations, les vaccinations associées, puis la séro-prophylaxie, les séro-vaccination et séro-anatoxithérapie.

Il faut remercier M. Dujarric de la Rivière de nous avoir apporté cet ouvrage de toute actualité, que tous les médecins liront avec intérêt.

F. L. S.

---

(1) On nous permettra de rappeler que c'est à notre collaborateur Gaullieur l'Hardy que revient l'honneur d'avoir fait connaître, *le premier en France*, la méthode de Milne.

En 1911, dans la *Gazette des Hôpitaux* (n° 71, 24 juin 1911, p. 1099), Gaullieur l'Hardy expose la méthode dont Milne avait établi les principes dans *The Lancet* le 22 avril 1911.

En 1914 (*Gaz., Hôp.* n° 70, 20 juin 1914, p. 1139), Gaullieur l'Hardy revient sur la question et cite le remarquable article de Mme Nageotte-Wilbouchevitch, paru dans la *Presse Médicale*, le 13 juin 1914.

Enfin (*Gaz. Hôp.*, n° 74, 30 juin 1914, p. 1219), Gaullieur l'Hardy apporte les résultats plus qu'encourageants communiqués par notre confrère, M. Escher, alors médecin chef de l'hospice mixte de Niort.

Dès la lecture du premier article de Gaullieur l'Hardy, M. Escher avait employé systématiquement la méthode de Milne dans ses salles militaires, et avait vu disparaître complètement les complications pulmonaires de la rougeole et de la scarlatine, ainsi que les cas de contagion intérieure.

INFORMATIONS

(suite de la page 474)

La natalité en France. — La Délégation Générale du Gouvernement Français dans les Territoires occupés (Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé) communique :

Un certain nombre de quotidiens ont publié ces jours derniers des statistiques de la natalité en France qui pourraient laisser croire que le fléau de la dépopulation est en régression.

Or, si en 1940 on a pu enregistrer un certain accroissement du nombre des naissances dû aux mesures prises en 1939 en faveur de la famille, et en particulier à la lutte contre l'avortement, en 1941, la baisse de la natalité atteint des proportions très fortes : 50 % en janvier, 40 % en février à Paris.

Tout concourt à ce résultat : chômage, insécurité du lendemain, rationnement, chute de la vie ; enfin l'absence prolongée d'un million et demi de prisonniers, pour la plupart en âge d'avoir des enfants.

Par ailleurs, la mortalité s'est accrue, surtout dans les grandes agglomérations.

La guerre a donc été une catastrophe démographique dont les effets s'ajouteront à ceux de la natalité antérieure. Aucun programme de rénovation ne peut être conçu devant les perspectives actuellement ouvertes à la population française si un effort sérieux n'est fait immédiatement pour atténuer la réduction des forces vitales résultant du jeu naturel des naissances et des décès.

Grandes vacances. — Un arrêté ministériel fixe les grandes vacances du 1er août au 30 septembre 1941.

(*J. O.*, 25 mai 1941.)

Les saisons thermales dans la zone non occupée. — Voici, d'après le *Concours Médical*, les conditions dans lesquelles on peut se rendre aux stations thermales : 1° Laissez-passer : Il faut un certificat du médecin traitant dont la signature doit être légalisée. Dans la Seine, ce certificat, ne contenant aucun diagnostic, doit être visé par le Conseil départemental (le Conseil conserve comme justificatif un certificat détaillé et médical émanant du même médecin).

Il y a lieu de joindre le certificat visé à la demande de laissez-passer pour raison de santé, qui doit être adressée au service compétent (Paris : Préfecture de police, service des laissez-passer).

2° Moyens financiers : Depuis le 20 mai, ainsi que l'a annoncé la presse quotidienne, les transferts de capitaux sont libres entre les deux zones, qu'il s'agisse de numéraires, de valeurs françaises, d'effets négociables et de comptes courants. Les intéressés devraient donc pouvoir se munir de sommes suffisantes pour payer leur cure.

3° Moyens de transport : Des trains spéciaux à destination de certaines stations seront peut-être organisés. A l'heure actuelle, cependant, on ne peut voyager qu'individuellement pour se rendre aux eaux.

La Mutuelle d'Assurances des Médecins Français. — (*Ancienne Mutuelle Confédérale d'Assurances des Syndicats Médicaux Français* régie par le décret-loi du 14 juin 1938, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, à Paris (7e), et pour la zone non occupée, 1, rue Paul-de-Salvandy, à Brive). — Cette Société, à forme mutuelle, est ouverte à tous les médecins ayant le droit d'exercer en France.

Créée en 1935, elle couvre les risques automobiles (tiers, vol et incendie des véhicules), responsabilité civile professionnelle et incendie (meubles et immeubles). Réassurée à une des plus importantes compagnies de réassurances, elle présente une garantie indiscutable du fait de son cautionnement important, ses réserves légales et ses réserves libres. Etant « à forme mutuelle » elle demande des primes fixes, mais sensiblement réduites. Ses bénéfices, sur décision des Assemblées générales sont entièrement versés à la caisse d'allocations Pierre Dibos (du nom de son fondateur), qui en effectue la répartition entre les médecins les plus âgés remplissant les conditions fixées par le règlement de la caisse d'allocations. Ces allocations seront calculées en fonction de la date d'ahésion à la Société, du montant des primes versées.

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laënnec. — Professeur : M. Jean Troisier. — M. M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux et M. G. Brouet, agrégé, feront, durant le mois de juin 1941, quatre leçons sur : *Le traitement des symptômes de la tuberculose pulmonaire.*

Deuxième leçon : Dimanche 15 juin 1941, à 10 h. 30, à la Salle des Conférences de la Clinique de la Tuberculose (Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres). M. Brouet : Fièvre, sueurs, algies.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (M. Jean Braine, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques). — Leçons de technique opératoire (avec démonstrations sur le sujet). — Une série de dix leçons aura lieu du lundi 16 juin au jeudi 26 juin 1941, de 16 heures à 17 heures.

Programme. — Lundi 16 juin : M. le Dr J. Leveuf : Traitement des fractures supra-condyliennes de l'humérus. — Mardi 17 juin, M. le Dr B. Fey : Voies d'accès de l'uretère pelvien et de l'uretère terminal urétéro-cysto-néostomie. — Mercredi 18 juin, M. le Dr G. Métivet : Conduite opératoire dans les appendicites à chaud. — Jeudi 19 juin, M. le Dr M. Boppe : Les butées

ostéoplastiques de la hanche. — Vendredi 20 juin, M. le Dr L. Houdard : Technique de l'hystérectomie abdominale totale. — Samedi 21 juin, M. le Dr H. Redon : Ostéosynthèse dans les fractures des deux os de l'avant-bras. — Lundi 23 juin, M. le Dr L. Capette : Cure opératoire des éventrations abdominales volumineuses. — Mardi 24 juin, M. le Dr J.-C. Rudler : Les hystéropexies. — Mercredi 25 et jeudi 26 juin, M. le Prof. Bernard Cunéo : Les amputations abdomino-périnéale et abdomino-sacrée du rectum.

Ces leçons sont gratuites. Elles sont plus spécialement destinées aux internes des hôpitaux. Le nombre des auditeurs étant limité, prière de s'inscrire avant le 9 juin, 17, rue du Fer-à-Moulin (5e).

Clinique gynécologique. — Hôpital Broca (111, rue Broca). — *Gynécologie, cours de perfectionnement.* — M. le Prof. Pierre Mocquot, assisté de M. R.-C. Monod, chirurgien des hôpitaux ; M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. R. Moricard, chef du laboratoire ; MM. Picard-Leroy et Coldefy, chefs de clinique ; M. P. Lejeune, ancien chef de clinique obstétricale ; M. J. Pulsford, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux ; Mlle S. Gothié, préparatrice du laboratoire, fera ce cours du 23 juin au 5 juillet 1941.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Le droit à verser est de 300 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures ou à la salle Béclard, tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Hygiène et clinique de la première enfance. — Clinique Parrot, Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, Paris. — Un cours sur l'hygiène de la première enfance et les maladies des nourrissons et des jeunes enfants sera fait à la Clinique Parrot, Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau (métro Denfert-Rochereau), par : M. le Prof. P. Lereboullet ; MM. Cathala, Jouannon, Lelong, Fèvre, agrégés ; MM. Huber, Janet, Merklen, médecins des hôpitaux ; M. Dechaume, stomatologiste des hôpitaux ; M. Aimé, radiologiste des hôpitaux ; MM. Saint-Girons, Chabrun, Benoist, Boulanger-Pilet, Joseph, Bohn, Baize, Jean Lereboullet, anciens chefs de clinique ; MM. Rossier, Delort, Auzepy, Charousset, Chambon, Cochemé, chefs de clinique ; MM. Gournay et Detrois, chefs de laboratoire.

Ce cours, avec présentation de malades, projections et démonstrations pratiques, comportera du lundi 23 juin au vendredi 18 juillet, une série de quarante-six leçons. Deux leçons seront faites chaque jour : la première à 16 heures, la seconde à 17 h. 15, à l'amphithéâtre de la Clinique Parrot (pavillon Pasteur).

Ce cours, public, s'adresse spécialement aux internes, externes des hôpitaux et aux médecins désireux de se perfectionner dans l'étude des maladies du nourrisson et des jeunes enfants et des moyens de prophylaxie et de traitement à leur opposer.

Nécrologie

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du Dr Eugène Kalt, ophtalmologiste des Quinze-Vingts, officier de la Légion d'honneur, décédé subitement à Paris, le 9 mai 1941.

Nous prions son fils, notre collègue le Dr Marcel Kalt, ophtalmologiste des Quinze-Vingts, de recevoir l'expression de notre vive sympathie.

Nous apprenons aussi, avec une vive peine, la mort de M. Charles Grollet, l'éminent secrétaire général honoraire et fondateur de la *Société de Pathologie comparée.* On sait quel essor M. Grollet a donné à cette très importante Société. Il était aussi l'ancien secrétaire général du Syndicat des Vétérinaires de la Seine, et de la Ligue du lait qu'il avait également fondée.

Nous adressons à son fils, le Dr Louis Grollet, médecin assistant de l'hôpital Saint-Louis et secrétaire général de la Société de Pathologie comparée, nos bien sincères condoléances.

Anniversaire du décès du Dr A. Siredey.

Sur l'initiative de la F. E. M., Société de Secours mutuels et de Retraites pour Femmes et Enfants de Médecins, 60, boulevard La Tour-Maubourg, à Paris, une cérémonie aura lieu le mardi 17 juin, à 11 heures, à l'occasion de l'anniversaire du décès du Dr A. Siredey qui fut président de la Société pendant plus de 20 ans.

Réunion : Entrée principale du Cimetière du Père-Lachaise. La F. E. M. invite toutes les personnes qui ont connu le Dr A. Siredey à se joindre à elle.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 49-50. — 18-21 JUIN 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS pour la nomination à deux places CHEF DE LABORATOIRE DE CHIMIE BIOLOGIQUE vacantes à l'Hôtel-Dieu et à l'Hôpital Bichat.

L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 21 juillet 1941, à 10 heures, à la Salle des Commissions du Conseil de Surveillance de l'administration, 3, avenue Victoria (2e étage).

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de Santé), du lundi 23 juin jusqu'au lundi 30 juin 1941 inclusivement, de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

CONCOURS POUR LES PRIX A DÉCERNER A MM. LES ELÈVES INTERNES EN PHARMACIE DES HÔPITAUX ET HOSPICES (année 1941).

Le concours sera ouvert le vendredi 18 juillet 1941, à 9 heures du matin à la Salle des Concours de l'Administration, 2, rue d'Arcole.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration Centrale (Bureau du Service de Santé), de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), du lundi 16 au vendredi 27 juin 1941 inclusivement.

Administration générale de l'Assistance Publique à Paris. — M. Serge Gas, directeur général de l'administration de l'Assistance Publique à Paris, est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, directeur de la Famille et de la Santé pour la région parisienne.

— CONCOURS DE MÉDECIN DU SERVICE DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Jury : M. le Professeur Laubry, médecin des hôpitaux ; MM. les Drs Ecalle, accoucheur des hôpitaux ; Beloux, Morin (Paul), Rousseau, Theulet-Luzié, Besson, médecins de l'Assistance médicale.

Faculté de Médecine de Paris. — LE CONCOURS DES BOURSES DE DOCTORAT est fixé au jeudi 24 juillet 1941. La première épreuve aura lieu à 8 heures du matin à la *Bibliothèque de la Faculté de Médecine.* Appel des candidats à 7 h. 45. Aucun retard n'est admis.

Le concours est exclusivement réservé aux étudiants titulaires de 4, 8, 12 et 16 inscriptions, âgés de 18 ans au moins et de 28 ans au plus et qui ont obtenu au moins la moyenne de 6 points pour l'ensemble des épreuves de l'examen de fin d'année. Les demandes de candidatures doivent être formulées à M. le Doyen sur timbre à 6 francs et accompagnées d'un formulaire remis par le guichet n° 1 au Secrétariat de la Faculté. Le questionnaire sera rempli par l'étudiant suivant les indications y figurant et certifié soit par le maire de son arrondissement ou de sa localité. Les inscriptions sont acceptées *jusqu'au 18 juillet inclus.* Après cette date, aucune demande ne sera prise en considération.

Nature des épreuves du concours. — 4 inscriptions : *a*) une composition d'anatomie ; *b*) une composition d'histologie.

8 inscriptions : *a*) une composition de physiologie ; *b*) une composition de physique et chimie biologique comportant : 1° une composition de physique biologique (1 heure) ; 2° une question de chimie biologique (1 heure).

12 inscriptions : *a*) une composition d'anatomie pathologique ; *b*) une composition de pathologie expérimentale.

16 inscriptions : *a*) une composition de médecine générale ; *b*) une composition de chirurgie ou d'obstétrique ; *c*) une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique.

— Sont admis en 1941 à la retraite pour ancienneté MM. les Professeurs Ombrédanne, Jeannin, Lereboullet, M. Lelièvre.

Faculté de Médecine de Lille. — Sont admis à la retraite pour ancienneté, M. le Professeur Dubois et M. Vielledent.

Faculté de Médecine de Lyon. — Sont admis à la retraite pour ancienneté, MM. les Professeurs Léon Thévenot, Voron et Cade.

Faculté de Médecine de Marseille. — Est admis à la retraite pour ancienneté, M. le Professeur Aubaret.

Faculté de Médecine de Nancy. — Est admis à la retraite pour ancienneté, M. le Professeur Richon.

M. Melnotte, agrégé, en congé d'armistice, a repris ses fonctions d'agrégé chargé d'enseignement d'épidémiologie.

Faculté de Médecine de Toulouse. — Sont admis à la retraite pour ancienneté, M. le Professeur Dieulafé et M. Verdier.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Le *Journal officiel* du 6 juin publie un décret et un arrêté relatifs aux dérogations à l'application de la loi du 16 août 1940 concernant l'exercice de la médecine.

Les demandes de dérogation sont instruites par une commission composée de trois membres : 1° le directeur de la Santé ou son représentant, président ; 2° un représentant du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins ; 3° un membre du Conseil d'Etat désigné par le Garde des Sceaux.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Leclerc, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques, en 1939, est nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique d'Auxerre, en remplacement de M. le Dr Bardol, appelé à d'autres fonctions.

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Jean Goubert est nommé adjoint au maire d'Alès (Gard).

M. le Dr Serpentier est nommé adjoint au maire de la Grand'-Combe (Gard). (*J. O.*, 25 mai 1941.)

M. le Dr Marcel Chaton, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Besançon, chirurgien en chef de l'hôpital, et M. le Dr Maurice Coillot, sont nommés conseillers municipaux de Besançon.

M. le Dr Bernard Penard, chirurgien des hôpitaux de Moulins est nommé adjoint au maire de Moulins. (*J. O.*, 27 mai 1941.)

M. le Dr Paul Bauffle, président de l'Ordre des Médecins est nommé adjoint au maire de Besançon. (*J. O.*, 28 mai 1941.)

M. le Dr Auguste Capiaux est maintenu maire de Barlin (Pas-de-Calais).

M. le Dr Bridoux est nommé maire d'Hénin-Liétard (Pas-de-Calais).

— M. le Dr Vidal-Revel, chirurgien des hôpitaux et M. le Dr Tourtou, médecin des hôpitaux, sont nommés conseillers municipaux de Nice. (*J. O.*, 4 juin 1941.)

M. le Dr Henri Laval est nommé adjoint au maire de Libourne.

M. le Dr Charles Douzain est nommé adjoint au maire de Toul. (*J. O.*, 10 juin 1941.)

Des vacances pour les enfants des médecins prisonniers. — La Section des Médecins de l'Avant de 1939-1940, de la Fédération des associations amicales de médecins du front vient de constitué un Comité d'Entr'aide aux veuves des médecins tombés au champ d'honneur et aux familles des médecins prisonniers de guerre.

Une première initiative vient d'être mise au point. Par un accord avec l'œuvre « L'enfant au grand air », reconnue d'utilité publique, les fils de médecins morts au champ d'honneur ou actuellement encore prisonniers, âgés de 5 à 16 ans, seront envoyés aux frais du Comité dans la splendide colonie sanitaire de Malakoff, à Vaux-sur-Mer (Charente-Inférieure).

Les demandes de renseignements doivent être adressées au Comité Médical d'Entr'aide aux veuves et aux familles de médecins prisonniers, président : Dr Jean Schneider, président de la Fédération des associations amicales de médecins du Front : 16, rue Alfred-de-Vigny, Carnot 24-21 ; secrétaire : Dr Bernard Lafay, 18, avenue de Versailles, Jasmin 36-88.

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laënnec. — Prof. : M. Jean Troisier. — M. M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. G. Brouet, agrégé, feront, durant le mois de juin 1941, quatre leçons sur : *Le traitement des symptômes de la tuberculose pulmonaire.*

Troisième leçon : Dimanche 22 juin 1941, à 10 h. 30, à la Salle des Conférences de la Clinique de la Tuberculose (Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres). M. Brouet : Troubles digestifs, amaigrissement, anémie.

Hygiène et clinique de la première enfance. — Clinique Parrot, Hospice des enfants assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, à Paris. — Professeur : M. P. Lereboullet.

Programme du cours. — *Lundi 23 juin*, 16 h. Professeur Lereboullet : Introduction à l'étude de l'hygiène, de la clinique et de la thérapeutique du premier âge ; 17 h. 15, M. Cathala : Physiologie pathologique et traitement du rachitisme. — *Mardi 24 juin*, 16 h. M. Fèvre : Quand et à quel âge opérer les malformations congénitales ; 17 h. 15, M. Rossier : La ration alimentaire du nourrisson de 0 à 12 mois dans les conditions actuelles. — *Mercredi 25 juin*, 16 h. Professeur Lereboullet : Les vomissements du nourrisson. La sténose pylorique ; 17 h. 15, M. Boulanger-Pilet : Les vaccinations dans la première enfance. — *Jeudi 26 juin*, 16 h. M. Lelong : La primo-infection tuberculeuse du jeune enfant ; 17 h. 15, M. Chabrun : Les régimes épais chez le nourrisson. — *Vendredi 27 juin*, 16 h. M. Joannon : La cuti-réaction. Sa place dans la prophylaxie de la tuberculose de l'enfant ; 17 h. 15, M. Joseph : L'hygiène et l'alimentation des prématurés et des débiles. — *Samedi 28 juin*, 16 h. M. Cathala : Les états de dénutrition et l'infection chez le nourrisson. Importance de l'otomastoïdite ; 17 h. 15, M. Merklen : Les fièvres alimentaires chez le jeune enfant. — *Lundi 30 juin*, 16 h. M. Fèvre : Les diverses formes de l'invagination intestinale chez le nourrisson ; 17 h. 15, M. Dechaume : Les malpositions dentaires et leur appareillage.

Nécrologie

On annonce la mort, survenue à Paris le 30 mai 1941, de Mme le Dr Marie Nageotte-Wilbouchewitch, ancienne interne des hôpitaux de Paris (1889), ancienne présidente de la Société de Pédiatrie de Paris.

Elle était la femme du Dr Nageotte, ancien interne des hôpitaux de Paris (1889), professeur honoraire au Collège de France, la mère et belle-mère de Mme le Dr Bohn-Nageotte et du Dr A. Bohn.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.



REVUE GENERALE

LES TROUBLES ENDOCRINIENS DE LA MÉNOPAUSE

Par Jean de Brux.
Chef de clinique médicale à la Faculté de Toulouse

Si l'installation du jeu harmonieux des différentes hormones qui permettent le développement complet de l'individu, fait de la puberté une période troublée, la ménopause est un phénomène physiologique d'involution sexuelle également riche en manifestations physio-pathologiques, liées au déséquilibre hormonal dont la sénescence de l'ovaire est le facteur déclenchant.

De l'étude des manifestations pathologiques des glandes endocrines, au cours de la période ménauposique, découlent automatiquement tous les signes cliniques et subjectifs même les plus minimes attachés à cette phase critique de la vie génitale, qu'elle soit spontanée ou provoquée.

Malgré les nombreuses découvertes de ces dernières années en physiologie endocrinienne, malgré les travaux de Roussy et Camus et de Roussy et Mosinger sur la neurocrinie, il n'en demeure pas moins sur les problèmes du déclenchement de la puberté et ceux de la ménopause de nombreuses inconnues et jusqu'à maintenant on ne peut que formuler des hypothèses.

Nous croyons qu'il est nécessaire, pour la nette compréhension des phénomènes que nous allons étudier, de rappeler brièvement :

Les corrélations interglandulaires,

Les corrélations neuro-endocriniennes.

CORRELATIONS INTERGLANDULAIRES

Il est un fait universellement admis que parmi les glandes à sécrétion interne, l'hypophyse tient sous sa dépendance tout le système hormonal, et avec juste raison lui a-t-on donné le nom de « cerveau endocrinien », de « quartier général du système endocrine ».

Aussi allons-nous résumer les corrélations qui existent entre le système endocrinien et l'hypophyse et les rapports qui font que l'hypophyse est elle-même sous la dépendance des sécrétions hormonales des autres glandes endocriniennes.

I. — Corrélations hypophyso-ovariennes.

L'hypophyse sécrète un produit appelé gonado-stimuline.

Cette hormone est double. La gonado-stimuline A conditionne la maturation des follicules primordiaux de l'ovaire et la sécrétion simultanée de folliculine.

La gonado-stimuline B déclenche la rupture des follicules mûrs, la transformation en corps jaune de la cicatrice folliculaire et la sécrétion de la lutéine.

L'injection de gonado-stimuline A et B amène la maturation sexuelle chez les animaux impubères et chez les animaux hypophysectomisés.

Par contre, l'administration de fortes doses de folliculine détermine, chez l'animal intact, une diminution de l'activité gonadostrope de son hypophyse (Meyer, Léonard, Hisaw et Martin), avec diminution des cellules basophiles et augmentation des cellules chromophobes du lobe antérieur.

L'ablation des ovaires augmente la capacité gonado-stimulante de la glande pituitaire.

En somme, la loi d'équilibre se vérifie : toute diminution folliculinique dans le sang augmente la sécrétion hypophysaire de gonado-stimuline, toute augmentation de la folliculine diminue la production de gonado-stimuline.

II. — Corrélations gonado-endocriniennes.

L'hypophyse et les glandes endocrines sont sous la dépendance intime les unes des autres, et thyroïde, surrénales, glande mammaire présentent des modifications marquées dans les syndromes d'hyper ou d'hypo-fonctionnement de la pituitaire, mais il est plus difficile de mettre en évidence les rapports de l'ovaire avec les autres glandes endocrines. L'ovaire agit-il sur elles directement ou bien par l'intermédiaire de l'hypophyse, il est difficile de le dire. Nous aurons, au cours de ce travail, l'occasion de rappeler les antagonismes et les affinites de l'ovaire et de ses sécrétions avec celles des autres glandes.

CORRELATIONS NEURO-ENDOCRINIENNES

Les corrélations interglandulaires se font certes par voie sanguine et hormonale, mais les travaux de Livon (1908) et plus particulièrement de Collin (1924) et surtout Roussy et Mosinger (1933-1937) ont montré qu'à côté des interrelations endocrino-endocrines il existe des régulations neurohormonales du plus grand intérêt.

Le système nerveux, par l'intermédiaire des centres neuro-régulateurs (centres supérieurs localisés dans l'hypothalamus, centres ortho et parasympathiques), dirige le fonctionnement de toutes les glandes endocrines, tandis qu'elles-mêmes exercent une influence régulatrice sur le système neuro-végétatif.

Roussy et Mosinger ont montré les connexions étroites qui unissent l'hypophyse et l'hypothalamus. Ils font de ce dernier un des centres hypophyso-régulateurs supérieurs où aboutissent de nombreuses voies réflexes mal connues, à point de départ corticales, donc sensitivo-sensorielles. Ces réflexes jouent un rôle probable dans les sécrétions hypophysaires.

Ces noyaux hypothalamiques sont également en connexion par des faisceaux descendants avec les centres végétatifs ortho et parasympathiques sous-jacents du bulbe et de la moelle.

Ces centres neuro-régulateurs existent non seulement pour l'hypophyse mais encore pour toute glande endocrine.

Les centres excito-sécrétoires supérieurs sont souvent en étroite connexion entre eux, ce qui explique la pluralité des syndromes glandulaires au cours des atteintes de l'hypothalamus.

Pour l'ovaire, Camus et Roussy ont démontré l'existence de centres végétatifs supérieurs localisés dans l'hypothalamus, de centres ortho-sympathiques situés dans la moelle lombaire, de centres parasympathiques sacrés et de centres périphériques préganglionnaires.

PHYSIOLOGIE DE LA MENOPAUSE

Corrélations hypophyso - ovariennes, ovario - endocriniennes, neuro-endocriniennes, ces facteurs harmonieusement synchronisés forment un tout qui correspond à un parfait équilibre neuro-hormonal. Que l'un de ces éléments vienne brusquement à faire défaut, l'équilibre se rompt et les perturbations qui en découlent, déterminent, pendant une période plus ou moins longue des manifestations physio-pathologiques étroitement liées les unes aux autres, jusqu'au moment où l'économie réussit à organiser un équilibre nouveau.

L'étude rapide de cette adaptation vers un ordre remanié va nous permettre d'envisager plus facilement les différents états pathologiques qui peuvent survenir du fait de l'un des facteurs.

Zondeck, qui a étudié en détail la ménopause, lui décrit trois stades successifs :

1° Un stade hyperhormonal ou plus exactement hyperfolliculinurique ;

2° Un stade oligo ou afolliculinurique ;

3° Une phase terminale d'équilibre dite gonadotropique.

I. — Le stade hyperhormonal se caractérise par une excrétion exagérée de folliculine, conséquence d'une « ovarite scléro-kystique » caractérisée par la non rupture des follicules qui se distendent, deviennent des kystes sécrétant la folliculine en grande quantité. Il semble que cette

ovarite soit due à une diminution de la gonado-stimuline B, qui détermine la formation de la lutéine, et par conséquent d'un trouble du fonctionnement hypophysaire. On comprend donc que l'hyperfolliculinie soit à la base des dysménorrhées de la ménopause.

II. L'étude oligo ou afolliculinique est la plus intéressante car si, anatomiquement ce stade se caractérise par une atrésie totale de l'ovaire, et de ce fait d'une involution de l'appareil génital, la suppression de la sécrétion ovarienne va entraîner des troubles extrêmement variés. L'équilibre neuro-endocrinien se trouve rompu, il y a, pour employer une expression mécanique, un véritable « débrayage » des sécrétions endocriniennes. L'hypophyse secrètera en grande quantité des gonadostimulines sans obtenir la réponse ovarienne. La sécrétion thyroïdienne augmente soit du fait de l'hypersécrétion hypophysaire soit peut être par l'absence du freinage folliculinique (Jeanneney). Il en est de même pour la sécrétion cortico-surrénale et peut-être pour la sécrétion interne du pancréas.

III. Le stade gonadotropique ou prolanurique, correspondant à la période de stabilisation, montre l'apparition dans les urines, de quantités importantes de gonado-stimuline, traduisant l'hypersécrétion pituitaire.

Si les différents stades de la ménopause sont bien connus, il n'en est pas de même pour le mécanisme interne.

L'épuisement ovarien, en premier lieu invoqué par la majorité des auteurs, ne fait plus sa preuve du fait que l'implantation d'hypophyse réactive l'ovaire sénile.

On a voulu invoquer également le disfonctionnement hypophysaire et la production excessive de gonado-stimuline A, la sécrétion ovarienne étant très sensible au déséquilibre des deux substances gonodotropes. Mais si ceci explique la physiopathologie de la ménopause, il n'explique pas la cause initiale.

L'existence d'un centre nerveux hypothalamique et régulateur (Hohlweg et Junkmann) est peut-être à la base de ces deux phases de la vie génitale : la puberté et la ménopause.

Avant la puberté, le centre sexuel primordial possède une sensibilité très vive et exerce sur l'hypophyse une action freinatrice.

Ultérieurement, ce centre voit sa sensibilité s'émousser et il faut de plus grandes quantités de folliculine pour l'exciter.

L'hypophyse alors libérée sécrète des gonado-stimulines. Et la maturation s'installe : la sensibilité du centre toujours égale à elle-même maintient un balancement entre les sécrétions hypophysaires et ovariennes. Vers 45 ans, la sensibilité du centre régulateur hypothalamique tend à disparaître. Pour éveiller cette sensibilité, l'ovaire sécrète la folliculine en grande quantité (stade hyperfolliculinique), mais il s'épuise et s'atrophie (stade oligo ou afolliculinique). L'hypophyse alors libérée de tout contrôle nerveux et hormonal sécrète en grande quantité des gonadostimulines (phase gonadotropique).

Ainsi troubles ovariens et hypophysaires ne seraient que secondaires à la dégénérescence de l'excitation des centres nerveux hypothalamiques.

On voit donc que tous les troubles ménopausiques, endocriniens et neuro-végétatifs sont étroitement liés et qu'il est impossible de les séparer car ils sont sous la dépendance les uns des autres.

A. — *TROUBLES ENDOCRINIENS LIES A LA MENOPAUSE.*

Ménopause et tractus génital.

L'utérus et les trompes ont, sur l'état fonctionnel de l'ovaire, une influence certaine. Ancel et Bouin les considèrent comme une véritable glande endocrine, agissant sur l'ovaire par une corrélation double : hormonale et neuro-vasculaire. La seule hystérectomie détermine l'apparition d'une ovarite scléro kystique tandis que la conservation de l'utérus au cours de l'ovariectomie totale diminue au maximum les troubles de la castration.

Par contre on sait que c'est grâce à la sécrétion folliculinique que le tractus génital arrive à maturation au moment de la puberté, que la suppression de cette hormone soit spontanée soit provoquée, elle déclenche immédiatement l'involution de ces organes.

Mais avant d'arriver au stade d'involution totale, du fait du dérèglement hormonal, le tractus génital subit de profonds remaniements et est à la base de troubles fonctionnels souvent très pénibles sinon graves.

Les dysménorrhées ménopausiques.

La phase d'hypersécrétion folliculinique se traduit par des troubles dysménorrhéiques. Il est bien entendu que la connaissance de ces dysménorrhées ne doit pas faire négliger l'examen gynécologique complet de façon à ne jamais laisser passer l'existence d'une néoplasie ou d'un polype.

Ces causes éliminées, alors seulement on peut penser à une cause endocrinienne des dysménorrhées.

Les métrorragies de la ménopause surviennent au début de la ménopause de façon à peu près régulière, vers le quinzième jour du cycle menstruel, s'accompagnent de douleurs pelviennes, de congestion mammaire importante, se caractérisent anatomiquement par une prolifération exagérée de l'endomètre, la chute de celui-ci et l'apparition de l'hémorragie.

Ultérieurement, ces métrorragies surviennent à n'importe quel moment : la sécrétion lutéinique est insuffisante, l'hémorragie ne s'arrête pas. Seule l'injection de lutéine par voie intramusculaire permet l'arrêt de ces hémorragies parfois très graves. Le curettage que l'on fait montre l'existence de l'endométrite proliférative ou hyperplasique de la ménopause.

On peut également appliquer la curiethérapie (20 millicuries détruits) qui a pour but de précipiter l'atrophie ovarienne.

L'oligoménorrhée est liée à un début de l'insuffisance ovarienne ; une thérapeutique alternée folliculino-lutéinique peut en avoir raison pendant quelque temps. Mais rapidement s'installe l'aménorrhée.

L'abstention de toute thérapeutique est seule alors à conseiller. Il n'y a aucun intérêt à produire artificiellement des modifications utérines cycliques physiologiques qui n'ont d'intérêt qu'en raison d'un ovaire encore capable d'ovulation. Il est vain d'utiliser chaque mois des doses de folliculines et de lutéine pour obtenir des hémorragies inutiles. Sauf lorsqu'il existe un intérêt psychologique (femmes jeunes ovariectomisées). Seules de petites doses de folliculines sont utiles pour faire disparaître les troubles subjectifs d'insuffisance ovarienne.

D'ailleurs dans certains cas, surtout dans la période de sécrétion hyperfolliculinique, il faut savoir que la thérapeutique par la folliculine peut amener une exacerbation de tous les troubles subjectifs. Aussi ne faut-il administrer la folliculine qu'après dosage de celle-ci dans les urines suivant la méthode de Simonnet. Une augmentation du taux de la folliculine urinaire dictera une thérapeutique lutéinique.

L'aménorrhée d'origine hyperfolliculinique s'explique à la lueur des travaux des auteurs américains (Allen, Powers, Warley et Morrel, Peralta Ramos). Pour ces auteurs, la chute du taux de la folliculine est nécessaire pour déclencher l'apparition du flux menstruel. Or, au stade hyperfolliculinique de la ménopause, il y a toujours un taux élevé de folliculine dans l'organisme. Certaines aménorrhées de la première période ménopausique dépendent de ce mécanisme. Le traitement par la lutéine et l'hormone mâle (dont la composition chimique est très proche de la lutéine) sera alors indiqué, sous bénéfice bien entendu d'un dosage de la folliculine urinaire.

B. — *MENOPAUSE ET THYROIDE.*

Selon Marañon, le dysfonctionnement thyroïdien constitue une des manifestations les plus fréquentes du déséquilibre hormonal de la ménopause. Parfois frustes, souvent bien caractérisées, ces réactions dépendent essentiellement du terrain endocrinien sur lequel se déroulent les phases ménopausiques.

Les opinions sur la pathogénie du syndrome d'hyperthyréose climatérique ont fort évolué ces dernières années. A la cessation de l'action inhibitrice de l'ovaire sur la thyroïde (Vinay) ou de la compensation thyroïdienne de l'hypogonadisme (G. Jeanneney), les auteurs se rallient à la notion de troubles hypophysaires primitifs (Grumbecht et Loeser).

Les hyperthyroïdies. — Olario considère que le tarissement de la sécrétion ovarienne entraîne une hypersécrétion réactionnelle de toutes les hormones antéhypophysaires. L'hypersécrétion de thyréo-stimuline détermine un hyperfonctionnement glandulaire, comme le montre le test d'Aron. Cependant, la notion de terrain demeure. La réponse thyroïdienne est variable suivant le passé physiologique et pathologique de la glande, car l'hyperthyréose ne se manifeste pas chez toutes les ménopausées.

Il est cependant incontestable que l'hypersécrétion thyroïdienne existe toujours plus ou moins. Il faut savoir chercher les petits signes d'hyperthyroïdie : irritabilité, tachycardie, tremblements, troubles vaso-moteurs, augmentation du métabolisme basal.

A côté de ces petits signes d'hyperthyroïdie, ont peut voir survenir les grands syndromes thyroïdiens : Maladie de Basedow, ou adénome toxique.

Le traitement de ces hyperthyréoses de la ménopause peut être soit une thérapeutique médicale à base d'iode (Lugol) dibromothyrosine, soit physiothérapique : radiothérapie hypophysaire. Pour Huet, la radiothérapie thyroïdienne est à déconseiller ainsi que la thérapeutique chirurgicale. Ce dernier traitement étant réservé seulement aux cas où il y a compression dangereuse ou suspicion de transformation maligne.

Les hypothyroïdies. — Si le problème des hyperthyroïdies de la ménopause semble passablement éclairci, il n'en est pas de même des hypothyroïdies et du myxœdème de la ménopause. On sait la fréquence du myxœdème climatérique chez la femme. Faut-il l'interpréter comme une simple insuffisance thyroïdienne parallèle à l'insuffisance ovarienne par disparition d'une hormone spécifique ovario-thyroïdienne, ou encore comme une perturbation générale profonde de l'équilibre général survenant sur un terrain thyroïdien. Il est certain qu'il n'existe aucune certitude expérimentale sur la question.

Le problème se complique encore quand on voit survenir un syndrome d'hyperthyréose chez une femme en pleine ménopause qui présentait auparavant des signes dicrets de myxœdème (épaississement des ligaments, ralentissement psychique, abaissement du métabolisme basal.

Il est infiniment probable que dans tous ces cas l'intervention hormonale n'est pas unique et que les centres régulateurs nerveux et surtout le ganglion cervical supérieur jouent un rôle infiniment important quoique encore très mal connu.

Le traitement de ces hypothyroïdies de la ménopause demeure tel que nous le connaissons : extrait thyroïdien total à doses de 0,05, 0,10 ou 0,20 ou de thyroxine 1 à 3 mmg. par voie digestive ou parenthérale en surveillant la susceptibilité de la malade.

C. — *MENOPAUSE ET SURRENALES.*

Il est indéniable que des rapports étroits existent entre l'ovaire et la surrénale.

L'adrénaline diminue la sécrétion de la folliculine (Kraul), mais c'est surtout la cortico-surrénale qui paraît fonctionner synergiquement avec l'ovaire lors de la phase lutéinique.

Mulon, par ses recherches histochimiques et embryologiques, conclut à l'identité du corps jaune et de l'hormone cortico-surrénale.

L'adénome cortico-surrénal chez la jeune femme s'accompagne d'aménorrhée par atrophie ovarienne, d'hypertrichose, de modifications de la morphologie féminine qui prend un type viriloïde, d'obésité, d'hypertension, d'augmentation de la force musculaire, constituant le syndrome génito-surrénal étudié par Appert et Gallais.

Or, on peut observer à la ménopause un syndrome génito-surrénal identique ou plus fruste, s'accompagnant des mêmes modifications morphologiques et organiques.

La femme prend le type masculin, la voix devient grave, le facies se masculinise, les seins s'atrophient, on note une certaine calvitie et une hypertrychose de type nettement masculin (barbe, poils pubiens remontant sur la ligne blanche, pilosité de la poitrine) parfois inversion sexuelle bien étudiée par Marañon.

La pathogénie et le diagnostic de ce virilisme hypogénital sont loin d'être faciles à élucider. Il peut s'agir d'arrhénoblastome (tumeur de l'ovaire, ainsi appelée par Robert Meyer parce qu'elle donne l'aspect viril, et qui se développe aux dépens de vestiges embryonnaires à potentialité mâle qui ne subissent plus l'action inhibitrice de la folliculine). Ce syndrome est peut-être dû, plus simplement, aux synergies de l'hypophyse (Cushing), de la surrénale (Appert), et de l'ovaire. Il faut donc, avant tout traitement hormonal rechercher l'existence possible d'une tumeur ovarienne (Mauclaire). En son absence, rechercher l'adénome cortico-surrénal (signes de tumeur et cachexie). Alors, seulement, on peut faire agir un traitement folliculinique.

D. — *MENOPAUSE ET GLANDES MAMMAIRES.*

Les relations entre l'ovaire et la glande mammaire sont démontrées par un certain nombre de faits. Nous ne rappellerons pas les études bien connues sur le rôle des hormones ovariennes au cours du cycle menstruel et de la grossesse ainsi que les modifications histologiques.

On sait couramment que les processus congestifs que subit la glande mammaire correspondent à la période de plus grande élimination urinaire de la folliculine.

Du processus normal on passe facilement aux modifications pathologiques. Expérimentalement, Burrows, puis Goormaghtig et Amerlink ont obtenu par injections répétées de folliculine des mastopathies allant de la simple congestion jusqu'à la grosse glande irrégulière de la mammite chronique, dont l'aboutissant est la maladie kystique de Reclus (le liquide retiré par ponction du kyste de la maladie de Reclus contient des quantités élevées de folliculine).

Aussi la phase d'hyperfolliculinie de la ménopause, favorise-t-elle incontestablement la formation de kystes acineux, surtout si la glande mammaire présentait déjà une sensibilité marquée, ou une atteinte discrète de mammite chronique.

Le traitement par des sels de testotérone, bien étudié par Desmarest et Mme Capitan semble avoir une action très nette pour les lésions encore jeunes.

Dans l'adénome et la maladie kystique de Reclus, lésions de date ancienne et probablement irréversibles, ce traitement hormonal permet de limiter au maximum l'intervention chirurgicale.

E. — *MENOPAUSE ET HYPOPHYSE.*

Si nous avons laissé pour la fin de cet exposé les rapports de l'insuffisance ovarienne et de l'hypophyse, c'est que la question est effroyablement complexe et qu'à l'heure actuelle il est impossible, dans la plupart des cas, de savoir quelle est la part de l'hypophyse, des régions juxtà-hypophysaires, des autres glandes endocrines dans la pathogénie des manifestations de la ménopause que nous allons maintenant passer en revue, sans que cette discrimination souvent impossible ait quelqu'importance du point de vue clinique ou thérapeutique.

L'hypophyse joue un rôle primordial dans le métabolisme glucide des lipides.

I. — Troubles du métabolisme des lipides.

La tendance à l'embonpoint représente une des manifestations essentielles de la carence ovarienne.

Si on considère que la ménopause naturelle est un syndrome pluriglandulaire, il est certain que la ménopause artificielle déclenche également une surcharge graisseuse des tissus, une surcharge glycogénique du foie, une mul-

tiplication des îlots de Langerhans du pancréas (Champy) et une diminution de toutes les oxydations.

A l'heure actuelle on pense que cette obésité génitale est sous la dépendance du complexe hypophysotubérien, mais les rapports gonado-hypophysaires et hypophyso-tubériens sont si étroits que tout ce qui touche une glande retentit sur le fonctionnement de l'autre.

La thérapeutique de radiothérapie hypophysaire donne entre les mains d'Et. May de bons résultats.

A côté de cette forme d'obésité généralisée, existent des obésités localisées ou lipomatoses : lipomatoses des jambes, symétrique, syndrome de Dercum (polynévrite, distension des tissus par la graisse). Ces syndromes sont fréquents à la ménopause.

Parfois au contraire, survient un amaigrissement très marqué, faisant penser à un syndrome de Simmonds atténué, ou une lipodystrophie progressive (syndrome de Barraquer-Simons). Il est évident que la pathogénie de ces syndromes est excessivement difficile à interpréter. H. Roger conclut à une origine di-encéphalique du syndrome. Le traitement hypophysaire et ovarien associé à l'insuline donnerait quelques résultats.

II. — Troubles du métabolisme des glucides.

On a souligné la fréquence du diabète à la ménopause. Leurs rapports chronologiques ont été mis en évidence par Bouchard, Talamon, Lecorche ; mais, malgré l'observation de Carnot, Terris et Caroli chez une diabétique dont le rythme glycosurique se traduisait pas une exacerbation avant les règles et dont la glycosurie, peu influencée par l'insuline, le fut nettement par la folliculine, il ne semble pas que l'ovaire ait une influence importante du moins directement dans la glycorégulation. Les expériences de Rattery et Rudolph n'ont, en effet, permis aucune conclusion ferme.

Les expériences de Houssay ont montré le rôle important de l'hypophyse dans le métabolisme des hydrates de carbone. Cette glande sécréterait une hormone « diabétogène ».

Les auteurs américains et anglais (Nelson, Overholsen, Colleno et Bodkin) montrent que l'injection de folliculine chez un animal diabétique par ablation du pancréas, abaisse le taux de la glycémie et de la glycosurie qui remonte quand on injecte de l'extrait hypophysaire. La folliculine inhiberait donc l'hormone diabétogène de l'hypophyse et ceci n'expliquerait-il pas le rôle de la ménopause dans l'étiologie de certains diabètes hypophyso-infundibulaires? Mais ce qui est vrai pour l'animal n'est pas vérifié pour l'homme.

En réalité, le problème est beaucoup plus complexe et il ne nous appartient pas ici de chercher à l'éclaircir.

De toute façon, le traitement ne diffère en rien du traitement du diabète sucré. En cas d'insulino-résistance, la radiothérapie hypophysaire, les injections de cortico-surrénale, et dans certains cas de propionates de testotérone donnent de bons résultats.

F. — *MENOPAUSE ET SYSTEME NERVEUX.*

Nous avons longuement insisté au début de ce travail sur les rapports intimes, que les travaux de Roussy et Mosinger ont mis en valeur, qui existent entre le système nerveux hypothalamique d'une part, ortho et parasympathique d'autre part et les glandes endocrines.

Une preuve de l'intimité de ces connexions est donnée par l'existence des troubles vaso-moteurs dans la ménopause, par l'hypertonie végétative conditionnant l'hypertension artérielle de la ménopause, enfin certaines manifestations neuro-circulatoires telles que migraine, dermographine, acro-paresthésie.

L'instabilité vaso-motrice se caractérise par des « bouffées de chaleur ». Tout à coup, la femme éprouve une sensation de chaleur plus ou moins forte qui envahit le buste, le visage et l'empourpre.

Puis survient une phase de dépression marquée par de la pâleur, des sueurs profuses, des frissons. Elle s'accompagne souvent d'extrasystoles, d'angoisse, de crises de sudation, de vertiges. Ces bouffées de chaleur durent plusieurs mois.

Plus intéressante est l'*hypertension ménopausique* liée à une hypertonie végétative née d'un hyperfonctionnement hypophysaire passager (excès de vasopressine ou excès de cortico-stimuline). Le traitement folliculinique associé à la radiothérapie hypophysaire et surrénale donne d'assez bons résultats. Mais il importe auparavant de rechercher les lésions organiques qui peuvent faire de l'hypertension de la ménopause la résultante d'une néphrite chronique. La question est en elle-même trop complexe pour que nous puissions y insister plus longuement.

Enfin, la ménopause peut déterminer divers *syndromes vaso-moteurs* acro-paresthésiques : syndrome de vaso-constriction, type maladie de Raynaud, syndrome de vaso-dilatation de type érythromélalgique de Weir-Mitchell. Leur pathogénie est encore loin d'être connue et encore plus leurs rapports avec les endocrines (Racine et Oger).

Psychoses ménopausiques.

Nous ne finirons pas l'étude des rapports qui unissent la carence ovarienne et le système nerveux sans dire un mot des psychoses climatériques qui depuis longtemps ont intéressé romanciers et psychiatres.

Les travaux de Baruck et Mlle Leuret ont insisté sur le parallélisme frappant qui existe entre les troubles vaso-moteurs et les troubles mentaux. Ils ont montré comment la malade passe de la simple bouffée congestive céphalique à l'hallucination auditive qui, en se prolongeant, donne naissance à des interprétations délirantes et explicatives à tendance hostile, ironique, ou de persécution. Ces auteurs ont, expérimentalement, observé par le moyen du hublot cérébral utilisé déjà par Riser, Villaret et Justin-Besançon, l'action de vaso-dilatation diffuse des artères cérébrales avec piqueté hémorragique produite par la folliculine.

La plupart des auteurs ramènent les troubles psychiques (soit simple exacerbation sexuelle, soit messalinisme, xérotisme, nymphomanie) à des poussées hyperfolliculiniques et proposent la médication lutéinisante. Pour Huet, certains « équivalents romantiques » seraient dus à l'hypersécrétion thyroïdienne. Pour Hamburger, certains troubles psychiques seraient à rattacher à un syndrome infundibulaire. Nous retrouvons toujours les divers chaînons de cette connexion neuro-endocrinienne.

Manifestations neuro-humorales liées a la ménopause.

Le déséquilibre hormonal et neuro-végétatif est, dans une très large part, à la base de manifestations pathologiques neuro-humorales que l'on voit survenir ou réapparaître à ce moment de la vie.

a) *Les coryzas spasmodiques, les asthmes bronchiques* qui, après s'être manifestés jusqu'à la puberté avaient disparu lors des premières règles, font à nouveau leur apparition.

La thérapeutique endocrinienne rétablissant l'équilibre apporte de grosses améliorations. Mais il est parfois nécessaire, au risque d'accentuer les manifestations morbides de faire un dosage de la folliculine dans l'urine. L'hyperfolliculinurie appelle une thérapeutique lutéinisante (Gilbert Dreyfus), l'hypofolliculinurie, au contraire, une thérapeutique par cette hormone (Delanoë).

D'autres manifestations colloïdo-classiques peuvent être le fait de la ménopause : *migraines et urticaires*, La thérapeutique endocrinienne est alors un précieux adjuvant.

b) On a, depuis longtemps, remarqué les rapports qui lient le système génital à *l'appareil digestif*, en particulier le foie et la vésicule biliaire ; à tel point que Binet et Loeper décrivent la « sympathie cholécysto-ovarienne ». Nous n'entrerons pas dans le mécanisme pathogénique qui préside aux manifestations morbides de l'appareil digestif à la ménopause (phénomènes infectieux latents, phénomènes allergiques ou anaphylactiques réveillés ou exacerbés par le déséquilibre endocrinien).

Nous noterons la fréquence des *coliques hépatiques et vésiculaires*, des crises de cholécystites. Nous rappelerons combien l'injection de sels de folliculine ont une action congestive et capable de déterminer la crise hépato-biliaire.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
BÉNERVA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Aneurine cristallisée* *(Vitamine B_1)* Comp. 1 mg. : 2 à 4 p. j. Amp. 1 cm³ (2 mg) : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ (10 mg) : 1 p. j.	B_1-Hypovitaminoses Surmenage, Algies, Polynévrites, etc.
DIURÈNE Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait TOTAL* *d'Adonis Vernalis*	Œdèmes et Ascites Extrasystoles - Dyspnées
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée* *injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide* *(Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SIROP "ROCHE" **AU THIOCOL** Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Gaïacol inodore* Adultes : 1 à 4 c. à s. p. j. Enfants : 1 à 4 c. à s. p. j. et plus	Toutes affections des voies respiratoires
SOMNIFÈNE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Le plus maniable des hypnotiques* Gouttes : 30 à 60 p. j. Amp. : 2 cm³ : 1 ss.-cut. au coucher Amp. 5 cm³ : 1 endov. p. j. et plus	Toutes insomnies, même compliquées Troubles nerveux et mentaux

Les sels de testotérone ou de lutéine peuvent donner des résultats dans les cas où l'hyperfolliculinémie est en cause, surtout au moment des anciennes règles.

On note parfois des *crises diarrhéiques* : elles sont, la plupart du temps, en rapport avec une légère hyperthyroïdie et améliorées par la thérapeutique iodée.

c) *Les troubles cutanés de la ménopause* sont également subordonnés aux mêmes facteurs hormonaux et neuro-végétatifs que les différentes manifestations que nous venons de décrire. Nous n'entrerons pas dans le mécanisme complexe qui détermine la chute des poils et des cheveux, la canitie, les réactions des glandes sébacées (acnée rosacée, séborrhéides) des glandes sudoripares (hyperhydrose), enfin des réactions allergiques cutanées (urticaire, dermographisme). Bien moins encore n'entamerons-nous pas la question des rapports de l'insuffisance ovarienne et des troubles nerveux avec le vitiligo et le psoriasisme.

Le traitement de la plupart des troubles de l'épiderme et des phanères par la lutéine ou le testotérone amène parfois une sédation.

d) *Ménopause et rhumatismes.* — Il est incontestable que l'on voit survenir des rhumatismes au moment de la ménopause ; certains auteurs (Assmann, Loeser) pensent que la cessation des règles ne fait que créer un terrain favorable aux causes rhumatogènes habituelles. M. P. Weil a décrit différents types cliniques :

— Forme d'hydarthrose récidivante intermittante ;

— Forme de rhumatisme vertébral avec bec de perroquet, absence d'évolution vers la spondylose ;

— Forme métatarsio-phalangienne simulant la goutte ;

— Forme arthralgique ovariprive de Fliegel et Strauss avec douleurs dans les territoires nerveux et guérison par la thérapeutique folliculinique.

Deux formes sont d'un intérêt beaucoup plus grand :

La lipo-arthrite sèche de Weissenbach et Francon commence chez la femme ménopausique par de la difficulté à la marche, une sensation de jambes rouillées, puis survient une impotence fonctionnelle progressive avec des douleurs diffuses et continues. A l'examen, laxité ligamentaire, dilatation veineuse sous-cutanée sans véritable hydarthrose. A l'examen radiologique, image de décalcification avec ostéophytes.

La maladie de Charcot ou polyarthrite rhumatismale chronique symétrique et déformante se caractérise aux extrémités du membre supérieur par la déviation des phalanges, la flexion du pouce, du carpe, la limitation des mouvements ; aux membres inférieurs, par l'hallux-valgus, l'orteil en marteau, le genou en demi-flexion. La peau est luisante, pâle, le tissus cellulaire sous-cutané distendu, épaissi par un œdème dur, froid et violacé. Le tissus péri-articulaire perd sa souplesse, se rétracte et donne parfois naissance à la *main de Dupuytren.*

La thérapeutique endocrinienne donne parfois des résultats appréciables. Quoi qu'il en soit, si l'ovaire et les glandes endocrines ont une part dans l'étiologie de ces rhumatismes, il est probable que d'autres facteurs nerveux, infectieux, allergiques, entrent également en jeu.

Enfin, nous ajouterons à ce tableau la *cellulite* qui apparaît à la ménopause chez certaines femmes grasses et qui est liée autant à des troubles endocriniens qu'à une intoxication chronique d'origine digestive ou générale et à un terrain neuro-arthritique.

CONCLUSIONS

En résumé, parmi toutes les manifestations qui découlent de la carence ovarienne dans l'organisme adulte, aucune de ces manifestations n'est proprement ovarienne. Toutes dépendent d'un complexe réactionnel nerveux et glandulaire. Les centres hypothalamiques, les ovaires et les autres endocrines forment un tout dont l'action, heureusement balancée, réalise un admirable équilibre. La suppression d'un élément du complexe perturbe tout le système. Pendant un certain temps, les réponses neuro-endocriniennes se font mal, dépassant leurs buts ou ne les atteignant pas et donnant ainsi naissance à des syndromes morbides d'hyper ou d'hypofonctionnement glandulaires et d'instabilité neuro-végétatives.

A l'heure actuelle les admirables progrès de l'endocrinologie permettent, jusqu'à un certain point, d'enrayer l'anarchie ménopausique en suppléant la glande déficiente, en conservant ainsi l'équilibre primitif, de redresser, dans le domaine des choses possibles, les perturbations glandulaires.

Mais il reste encore du chemin à parcourir. La sénescence des cellules nerveuses tubériennes qui participent ou dirigent le fonctionnement des corrélations endocrines joue un rôle dans le déclenchement de la ménopause : rendre à ces centres leur acuité première, ne serait-ce pas le secret de Jouvence.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

La vaccination antityphoïdique chez l'enfant

Par M. L. BABONNEIX

La vaccination antityphoïdique est d'autant plus d'actualité qu'en 1940, au moins pour la région parisienne, la maladie a particulièrement sévi sur les jeunes enfants et qu'elle a souvent pris, chez eux, une excessive gravité. La *Société de Pédiatrie* lui a consacré plusieurs séances (nos 11 et 12 des Bulletins de 1939-1940). Tâchons donc d'extraire de ses discussions ce qui peut intéresser le praticien.

Il semble, *a priori*, qu'il n'y ait rien à dire des INDICATIONS de la méthode. Et pourtant, une question importante se pose à son sujet. *Doit-elle être obligatoire et collective?* Non, pour la majorité (G. Boulanger-Pilet, R. Coffin, R. Debré, J. Hallé, M. Lelong, P. Lereboullet), car elle doit être précédée, comme nous le verrons, d'examens minutieux, qui prennent beaucoup de temps, exigent l'intervention du laboratoire et, pour ces raisons, ne peuvent être effectués par le médecin d'une collectivité : collège, école, lycée, pension, etc. Aussi, à l'instigation de M. R. Debré, l'Académie de Médecine n'a-t-elle admis l'obligation (pour la vaccination mixte : antidiphtérique, tétanique et typhique) que pour les camps de jeunesse, d'une part et, de l'autre, pour les sujets de 10 à 30 ans dans tout secteur de territoire menacé par une épidémie, sur proposition du secrétaire général à la Santé publique (séance du 3 septembre 1940, nos 33-36, pp. 599-603).

Les CONTRE-INDICATIONS méritent d'être étudiées avec soin.

Ce sont surtout : l'asthme, les convalescences, l'eczéma, les infections aiguës, la néphrite, le prurigo, la tuberculose évolutive, l'urticaire, les états de débilité du nourrisson et de déséquilibre neuro-végétatif.

La vaccination *devra donc être précédée d'un examen médical complet*, au sujet duquel il n'est peut-être pas inutile de donner quelques détails.

Le vaccin antityphique étant mal supporté par les tuberculeux, chez qui il risque de provoquer des réactions générales et locales « il est prudent de ne jamais vacciner un enfant sans avoir fait, au préalable, une cuti-réaction et sans s'être assuré, en cas de cuti-réaction positive, de l'absence d'une lésion évolutive. Bien plus, en présence d'une cuti-réaction devenue récemment positive, même sans lésion radiographique visible, il est préférable de remettre la vaccination à une date ultérieure » (Boulanger-Pilet).

L'albuminurie n'est une contre-indication que si elle dépasse 1 g. et s'accompagne de cylindrurie, d'œdèmes, d'azotémie de 0 g. 50 p. 1.000, d'hypertension artérielle (R. Coffin et R. Regnard, Méry).

LA TECHNIQUE

A quel âge faut-il vacciner? Pour les uns, *le plus tôt possible*, que l'on admette l'âge de *18-20 mois* (Ed. Lesné), de 18 mois à 2 ans (Boulanger-Pilet, Cambessedès). En faveur de cette manière de faire militent, en effet, de bons

arguments (Boulanger-Pilet) : fréquence et gravité de la maladie chez les tout-petits, intensité des réactions vaccinales d'autant moins fortes que l'enfant est plus jeune, possibilité de recourir à la méthode de vaccinations associées, lenteur de l'immunité, qui met un an au moins à s'installer (Melnotte, Montel). Il n'y a pas de difficultés dentaires et il n'existe pas encore de questions scolaires (J. Huber et Cambessedès). Pour les autres (Lelong), pas avant cinq ans, le jeune enfant répondant mal à l'excitation antigénique et produisant difficilement des anticorps.

Bien que certains vaccinent au seizième mois (Robert Clément), il n'est pas avantageux d'opérer trop tôt, avant quinze mois, par exemple, la vaccination n'ayant alors qu'une efficacité inconstante.

Quel vaccin employer? Les auteurs utilisent, selon les cas :

1° Le *vaccin à l'éther* du professeur H. Vincent ;

2° Le *vaccin T.A.B. de l'Institut Pasteur*, contenant 4 milliards 200 millions de germes par cm^3 ; parfois chauffé (Boulanger-Pilet) ou dilué extemporanément dans une quantité de sérum physiologique égale à la quantité de vaccin (Coffin) ;

3° Le *vaccin T.A.B. stérilisé par l'iode* (Ranque et Sénez), contenant 750 millions de germes par cm^3 ;

4° Le *vaccin triple chauffé en solution huileuse* qui, pour M. Robert Clément (*loco citato* p. 653, lignes 2-3) « provoque des réactions tout aussi fortes que les autres vaccins et a, en outre, l'inconvénient des injections de solutions huileuses » ;

5° Les *vaccins associés*, auxquels on a reproché de donner des réactions violentes. M. Ramon prépare un vaccin composé d'une dilution de bacilles T.A.B. tués par la chaleur et le formol, diluée dans un mélange à parties égales d'anatoxines diphtérique et tétanique, et qui paraît bien supporté (Ed. Lesné).

Comment se servir de ce vaccin?

Uniquement en *injections sous-cutanées*, dans la région de l'*omoplate*.

Au sujet de leur *répétition*, leur *nombre*, et des *doses*, voici quelques indications utiles.

La plupart des auteurs estiment que la dose totale doit être fractionnée le plus possible, surtout s'il s'agit d'enfants tout jeunes ou si, dès la première injection, est survenue une forte réaction générale. C'est ainsi que M. Boulanger-Pilet fait 1 cm^3 5 de vaccin T.A.B. en quatre fois, ou 4 cm^3 5 de vaccin associé, répartis sur quatre séances : 1/2 cm^3, 1 cm^3, 1 cm^3 5, 1 cm^3 5; au bout d'un an, injection de rappel de 2 cm^3. MM. Cathala et P. Lereboullet injectent 1/2 cm^3, puis 1 cm^3. M. R. Clément est partisan des doses faibles, surtout pour les vaccins associés : aux doses normales entières d'anatoxine mixte diphtérique et tétanique, il ajoute, chez les enfants de 16 mois, 2/10e de cm^3 lors de la première injection, 4/10e lors de la seconde, 8/10e lors de la troisième, doses que M. Cathala considère comme inopérantes. M. Coffin, partant de la dose totale de 3 cm^3 pour l'adulte, en injecte 1/3 à un enfant de 2 ans, la moitié, de 2 à 5 ans, les 2/3, de 5 à 7 ans. Il met un intervalle de 10 jours entre deux injections. Pour MM. Darré et Lesné, la dose est de 9/10e de cm^3 de vaccin T.A.B. de 18 mois à 3 ans, 1 cm^3 1/2, de 3 à 5 ans, de 2 cm^3 de 5 à 7 ans, de 3 cm^3 chez l'adolescent comme chez l'adulte. En ce qui concerne les vaccins associés, M. Lesné conseille trois injections aux doses suivantes :

1re :	1/4 de cm^3 de T.A.B.	+ 1 cm^3	du mélange d'anatoxines.		
2e :	1/2 »	»	+ 2 »	»	»
3e :	1 »	»	+ 2 »	»	»

On peut aussi employer les ampoules de vaccin triple de l'Institut Pasteur.

S'adresse-t-on au vaccin de M. Ramon, les doses sont de 1/2, 1 et 1 1/2 cm^3.

Mad. Vogt-Popp fait quatre injections de vaccin T.A.B. de l'Institut Pasteur, à quinze jours d'intervalle l'une de l'autre.

Quels accidents sont à redouter?

Quand l'examen médical a été soigneux, et le vaccin bien choisi, il n'y en a généralement aucun. C'est ainsi que le professeur H. Vincent a pratiqué personnellement un millier de vaccinations sans observer le moindre symptôme morbide. Mêmes constatations de la part de Mad. Vogt-Popp. Il peut survenir cependant, toutes les précautions ayant été prises, des incidents bénins : poussée fébrile, beaucoup moins forte et moins durable que chez d'adulte, parfois, pourtant, accompagnée de tendances syncopales ne cédant qu'à l'adrénaline, albuminurie transitoire, ictère (Boulanger-Pilet), douleur légère au point de l'injection (Mad. C. Vogt-Popp). Rappelons que ces incidents seront d'autant moins à redouter que la dose globale aura été plus fractionnée ; que les injections auront été faites à des intervalles plus longs ; que le patient aura, le jour de l'injection, été laissé au lit et à la diète lactée.

Quand pratiquer les revaccinations? Vers 10 et vers 20 ans (Tanon et Cambessedès, Boulanger-Pilet), avec cette réserve qu'entre ces périodes, l'indication de vaccinations supplémentaires serait commandée par les dangers de contamination rencontrée (J. Huber et Cambessedès).

Reste à envisager les RÉSULTATS. Ainsi que le fait observer R. Coffin « l'efficacité de la vaccination ne peut être établie « que par la résistance à la vaccination. Aucun test de « laboratoire ne peut fournir cette preuve ; le séro-diag- « nostic étant (Widal) une réaction d'infection et non pas « d'immunité ». Avec le même auteur, on peut admettre, cependant que « l'apparition, après vaccination, d'un séro- « diagnostic positif est l'indication que l'organisme a réagi « au vaccin et que, probablement, il s'est secondairement « immunisé ». Quoiqu'il en soit de cette théorie, les faits rapportés par M. Armand-Delille montrent l'efficacité de la méthode, puisque, un enfant, par lui vacciné, échappe à l'épidémie, alors que toute la famille payait son tribut à la maladie ; mais il faut reconnaître (Marfan) qu'on manque de documents permettant des conclusions d'ensemble. Notons seulement que l'impression générale des pédiatres parisiens est très favorable à la vaccination, dont les effets seraient tardifs, mais durables (J. Huber et Cambessedès).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 4 juin 1941. — Jury : MM. Baudouin, Delay, Fèvre, Cachera. — Mme CASTAIGNET. Injections intraveineuses continues de glucose chez l'homme. Quelques déductions physiologiques.

Jeudi 5 juin 1941. — Jury : MM. Léon Binet, Lenormant, Laignel-Lavastine, Garcin. — Mme PILLIET. Les rapports entre les ulcères gastro-duodénaux et le diencéphale. — M. OGER. A propos du traitement des fractures de la jambe, de l'astragale et du calcanéum. Modifications à l'appareil de Böhler. — M. GUÉRIN. Considérations bio-chimiques sur les taux sanguins du glucose et de l'urée dans les syndromes dépressifs.

Mercredi 11 juin 1941. — Jury : MM. Lœper, Harvier, Troisier, Aubertin. Mme DUBOIS-PERTUY. Contribution à l'étude du pemphigus végétant. — Mlle RENARD. A propos d'un cas d'hémiplégie pneumatique. — M. AUDOLY. Les formes nerveuses de la spirochétose ictéro-hémorragique. — M. CHAFFAÏ. Le problème de la leucémie à eosinophiles. — Mlle RIPOCHE. Contribution à l'étude anatomique des perforations pleuro-pulmonaires.

Jeudi 12 juin 1941. — Jury : MM. Gougerot, Laignel-Lavastine, Mocquot, Sureau. — M. FRANÇOIS. L'aphtose. — Mme GOVAERTS. Un médecin au service de l'histoire : le Dr Augustin Cabanes.

THESE VETERINAIRE

Mercredi 4 juin 1941. — 1° Jury : MM. Mathieu, Coquot, Lesbouyries, Maignon, Robin. — M. GALLARD. Les pansements chez les petits animaux. — M. MOULARDE. Le chlorure de sodium dans les néphrites chroniques du chien.

2° Jury : MM. Renard, Coquot, Lesbouyries : M. RAISKY. Contribution à l'étude du traitement du phlegmon chronique du garrot du cheval avec expérimentation de la thérapeutique par les ferments lactiques.

Mercredi 11 juin 1941. — Jury : MM. Tanon, Vuillaume, Drieux, Vergé, Pons, Chelle. — M. DECLERCK. Etude critique de quelques facteurs susceptibles de contribuer à l'amélioration de la race bovine flamande.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 17 juin 1941

Le traitement biologique de la myopie maligne. — M. Bonnefon. — La myopie maligne est considérée par l'auteur comme une asphyxie maculaire progressive. Le drainage de la choroïde provoqué par l'injection sous-conjonctivale de solutions osmolytiques, la reprise circulatoire intense et prolongée qui en résulte dans les réseaux vortiqueux et capillaires sont à la base de l'action thérapeutique. L'amélioration rapide de l'acuité visuelle, l'arrêt des lésions trophiques sont les résultats régulièrement observés depuis dix ans en France et confirmés récemment au Brésil par Busaca. L'injection doit être renouvelée tous les six mois (Note présentée par M. Rochon-Duvigneaud).

Enquête de nutrition clinique et alimentaire sur un groupe de sujets sous-alimentés, en mars 1941. — MM. H. Gounelle, Y. Raoul et J. Marche apportent les résultats d'une triple enquête clinique, biologique et alimentaire, effectuée chez un groupe de sujets sous-alimentés, ayant présenté une atteinte sérieuse de l'état général avec amaigrissement de 10 à 15 kilogs, asthénie, héméralopie, sécheresse de la peau, exagération des réflexes tendineux, constipation opiniâtre, etc.

L'étude analytique détaillée pendant 7 jours de la ration alimentaire dénote une moyenne quotidienne de 1.437 calories apportées par 289 gr. d'hydrates de carbone, 45 gr. de protides végétales, 0 gr. 6 de protides animales et 10 gr. de graisses. Par jour, 128 U. I. Vitamine A, 69 mg. Vitamine C, 529 U. I. Vitamine B_1, quantité quasi nulle du facteur D. Ont été étudiés, le taux sanguin de Vitamine A (non décelable à 56 U. I. par 100 cc^3 plasma), les tests urinaires de Vitamine B_1 et C. Est à noter aussi la valeur élevée du rapport sérine globuline des protides sanguins, s'échelonnant entre 1.93 et 3.6.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 28 mai 1941

A propos des entorses du genou. — M. R. Ch. Monod.

A propos des ankyloses temporo-maxillaires. — M. Dufourmentel.

Avantages de l'entéro-anastomose dans l'occlusion postopératoire. — M. H. Bompart. — M. Quénu rapporte ces quatre observations auxquelles il a ajouté trois observations personnelles; M. Quénu estime que le débat se limite au choix de la méthode de dérivation interne ou externe et il discute la méthode défendue par M. Bompart qui est l'iléo-transversostomie.

M. Leveuf a utilisé avec succès l'entéro-sigmoïdostomie au bouton dans le traitement des occlusions post-appendiculaires précoces.

M. Brocq estime que l'aspiration continue simplifiera le problème en diminuant le nombre des cas où l'on sera amené à intervenir.

M. Quénu souligne que l'entéro-anastomose doit être faite rapidement sans aucune exploration.

Malformation congénitale du vagin à abouchement vésical. — MM. Gouverneur et Pérard rapportent cette observation dans laquelle les règles se manifestaient sous formes d'urines sanglantes qui apparaissaient tous les 28 jours. Les auteurs ont réussi à fermer l'orifice vésico-vaginal et à aboucher le vagin au périnée. L'embryologie du vagin explique parfaitement cette anomalie par absence de différenciation du vagin inférieur.

M. Fèvre. L'existence d'un segment vaginal supérieur est une notion intéressante car on peut ainsi très facilement refaire un néovagin.

Note sur 84 adénopathies chez des amputées du sein cancéreux. — M. Hartmann estime qu'il faut enlever les adénopathies axillaires ; vis-à-vis des adénopathies sus-claviculaires les résultats d'exérèse ne sont pas encourageants ; ceux de la radiothérapie sont, en apparence, meilleur, puisque dans 40 % les malades ont eu une survie suffisamment longue pour faire croire à une guérison.

M. Quénu a enlevé dans quelques cas les ganglions sus-claviculaires ; les résultats n'ont pas été satisfaisants.

M. Gatellier, sur 19 cas d'exérèse sus-claviculaire, n'a eu que deux bons résultats.

Le traitement actuel du rétrécissement rectal par maladie de Nicolas-Favre. — M. Moulonguet rappelle les quelques observations déjà publiées ; il a utilisé le rubiazol car il s'agit d'un traitement de longue durée. L'action sur les fistules est extrêmement nette et sur une pièce opératoire il a pu constater que les lésions de lipomatose avaient complètement disparu.

M. Gatellier a observé avec le rubiazol des résultats aussi favorables que ceux indiqués par M. Moulonguet ; dans un cas, il a observé une disparition de la réaction de Frei.

Examen radiographique au cours de deux cas de pancréatite hémorragique. — M. Mondor attire l'attention sur l'aspect déchiqueté du cadre duodénal et l'existence d'un petit épanchement pleural gauche (Hulten) qui serait un signe de valeur.

Ankylose temporo-maxillaire (Présentation de malade). — M. Ménegaux.

Séance du 4 juin 1941

Un cas de rétrécissement du rectum traité par les sulfamides. — M. Ameline rapporte une observation intéressante par la pièce opératoire obtenue après une amputation intra-sphinctérienne ; l'influence des sulfamides sur la scléro-lipomatose péri-rectale semble très nette.

M. Huet rappelle que la colostomie simple permettait autrefois d'obtenir également un assèchement des lésions.

Esquillectomie et régénération osseuse. — M. Godard. — Rapport de M. Leveuf sur quatre observations de blessures de guerre ; deux esquillectomies précoces ont donné deux absences de régénération osseuse ; deux esquillectomies tardives se sont terminées par une excellente consolidation. M. Leveuf s'élève contre l'exérèse précoce des esquilles ; il est préférable de faire une immobilisation plâtrée stricte après un nettoyage chirurgical minutieux des parties molles ; la régénération osseuse ne se produit qu'après esquillectomie secondaire.

M. Banzet a une opinion différente ; sa pratique de guerre l'a amené à pratiquer des esquillectomies précoces ; les résultats ont été excellents.

A propos de la maladie du « col vésical » chez le nourrisson et l'enfant. — MM. Boppe et Marcel attirent l'attention sur cette affection confondue avec l'énurésie ; ils discutent la pathogénie de cette maladie qui est associée assez souvent à des malformations congénitales (mégavessie, méga-uretère primitif, méga-rectum, etc.). M. Boppe a traité ses six cas par résection circulaire endo-vésicale du col de la vessie.

Etudes physio-pathologiques des voies biliaires par la radiomanométrie. Les sténoses vatériennes incomplètes. Le sphincter vésiculaire. — MM. Bergeret et Calori décrivent dans cette importante communication le procédé qui leur a permis d'étudier sur l'homme normal ou atteint d'affection des voies biliaires, les variations de la pression dans celles-ci et le jeu des sphincters cholédocien et vésiculaire. Les auteurs discutent l'action de différents produits (morphine, etc.), sur le jeu des sphincters.

Sténose péri-uréthrale et fistules urinaires. — Maladie de Nicolas-Favre. — MM. Gatellier et Rudler rapportent cette intéressante observation dans laquelle les lésions étaient uniquement périnéales sans atteinte du rectum au début ; actuellement les lésions périrectales sont en voie de développement. Cette observation est une preuve de plus à l'appui de la théorie de Jersild.

M. Moulonguet observe actuellement un malade présentant un rétrécissement rectal par maladie de Nicolas-Favre et un rétrécissement uréthral dont la nature est moins certaine.

Du drainage. — M. Rouhier défend le drainage par mèches, le drainage par drain devant être réservé à des cas bien déterminés.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 mai 1941

Un cas d'occlusion intestinale typhique autonome. — Mme Bertrand-Fontaine, MM. René Fauvert et Francis Weill. — Observation d'iléus paralytique au cours d'une fièvre typhoïde. Le syndrome, ébauché lors d'une rechute septicémique avec phlébite, s'est complété après un choc transfusionnel avec collapsus. L'intervention, le malade étant presque moribond, a consisté en une iléostomie associée au drainage gastrique. Le malade a guéri.

Le syndrome d'atonie intestinale aiguë typhique est souvent associé à une perforation ou à une péritonite, et on a l'habitude de le considérer comme toujours secondaire à une complication abdominale. En réalité, il peut exister à l'état autonome, depuis les syndromes d'atonie intestinale jusqu'à l'iléus paralytique vrai.

Les auteurs pensent que l'inhibition réflexe de l'intestin a résulté de l'action du choc transfusionnel sur un système végétatif splanchnique déjà sensibilisé par la typhoïde elle-même et par une phlébite de voisinage. Ils insistent sur les bons effets du drainage gastrique associé à l'iléostomie.

Intolérance subite et persistante aux ponctions pleurales survenues au cours de l'entretien d'un pneumothorax thérapeutique. — MM. A. Ravina, Y. Pecher, M. Bucquoy et Mme C. Pujol. — Observation d'une femme de 33 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire droite, traitée par un pneumothorax

artificiel, qui, deux mois après le début du traitement, a présenté, après chaque insufflation, une véritable maladie constituée par une élévation thermique, une expectoration séreuse, des douleurs lombaires et thoraciques, une asthénie profonde. La première poussée s'est accompagnée d'un rhumatisme généralisé, la dernière d'une anémie prononcée. Une simple prise de pression intra-pleurale, sans insufflation d'air, a provoqué les mêmes accidents qu'une insufflation.

Malgré la suppression du pneumothorax, la tuberculose pulmonaire de la malade a évolué vers la guérison.

Les auteurs discutent la pathogénie de ce curieux syndrome : Peut-être pourrait-on expliquer les phénomènes observés par l'apparition d'un réflexe conditionnel viscéral, certains travaux d'ordre expérimental ayant permis de réaliser des accidents d'ordre très voisin.

Fréquence et gravité actuelles de la tuberculose. — MM. A. Ravina, Y. Pecher, M. Bucquoy et Mme C. Pujol. — Les auteurs signalent la fréquence et la gravité actuelles de la tuberculose pulmonaire. Trois ordres de faits leur paraissent expliquer ces accidents : 1° L'incorporation dans des formations militaires ou civiles d'anciens tuberculeux et de jeunes gens peu examinés ; 2° l'exode de l'année dernière qui s'est passée au milieu des conditions les plus pénibles ; 3° les conditions actuelles de l'existence. Les formes cliniques observées se présentent sous différents types dont le plus fréquent est la classique phtisie galopante. De nombreuses formes caséeuses et granuliques ont été également observées, ainsi que la fréquence et la gravité des primo-infections.

Les auteurs recherchent si certaines formes anatomocliniques ne correspondent pas surtout à une étiologie déterminée : surmenage, carence alimentaire.

Thrombose latente de la branche gauche de l'artère pulmonaire au cours d'un pyo-pneumothorax chronique fistulisé, maladie amyloïde associée. — MM. Duvoir, G. Poumeau-Delille, P. Vivien et Mlle H. Wolfromm. — Observation d'un malade porteur d'un abcès putride du poumon gauche compliqué quatre mois plus tard, d'une pleurésie putride drainée par pleurotomie. Durant quatre ans persiste un pyo-pneumothorax ouvert, finalement à l'origine d'une maladie amyloïde mortelle en quelques mois. Le fait curieux réside dans l'oblitération latente de la branche gauche de l'artère pulmonaire du côté du moignon pulmonaire collabé.

Intoxication par ingestion accidentelle d'aniline. — MM. M. Duvoir, H. Leroux, G. Poumeau-Delille et Mlle H. Wolfromm. — Un cas d'intoxication accidentelle par ingestion de vernis pour chaussures, suivie de cyanose intense et de coma hypothermique. Guérison sans séquelle. Le toxique semble agir par un double mécanisme : 1° Action sur l'hémoglobine transformée en méthémoglobine ; 2° action directe de l'aniline sur le système nerveux central entraînant le coma.

Les auteurs signalent une coproporphyrinurie modérée qui est probablement la conséquence de la méthémoglobinémie.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 16 mai 1941

Un cas de localisation primitive à l'estomac de la maladie de Hodgkin. — M. Jean Lanos apporte les détails de cette observation où les examens cliniques et radiologiques ne permirent de déceler aucune localisation ganglionnaire ou médiastinale alors que l'examen histologique de la tumeur gastrique (présence de cellules de Sternberg) permet d'affirmer la maladie de Hodgkin.

Un cas de prurit vulvaire rebelle guéri par la résection du nerf présacré. — M. Jean Lanos.

A propos de 2.500 anesthésies rectales au tribromœthanol. — MM. F. Masmonteil et J. Vautier. — L'anesthésie au rectanol est d'une innocuité presque absolue. On peut l'employer non seulement chez l'adulte, mais aussi chez l'enfant et même chez le vieillard. Les interventions sur l'estomac ou sur les os des membres inférieurs seront toutefois mieux réalisables à l'anesthésie locale ou rachidienne. Mais, à part la chirurgie hépatique, chez les ictériques ou la chirurgie du rectum et du côlon gauche, aucune intervention ne comporte en elle-même de contre-indication à l'emploi du rectanol. Les suites opératoires au réveil et dans les jours suivants sont très améliorées. D'administration facile, ce mode d'anesthésie permet de gagner du temps au cours des séries opératoires et évite des incidents en salle d'opération.

Enfin le malade se sent épargner des impressions pénibles ; les meilleures attestations de l'amélioration ainsi obtenue dans l'anesthésie sont faites par les malades. Ils se font, en effet, souvent eux-mêmes les propagandistes de cette méthode, soit qu'ils la recommandent, soit qu'ils la sollicitent, et diminuent d'autant les préventions d'usage contre la chirurgie.

Sur un cas d'ostéomyélite du frontal à bacille de Friedländer. — M. Guillot.

LOI DU 26 MAI 1941
modifiant les lois des 30 novembre 1892 et 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire

Article premier. — L'article premier de la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, complété par la loi du 27 juillet 1937, est modifié ainsi qu'il suit :

« Nul ne peut exercer la médecine ou l'art dentaire en France :

« 1° S'il n'est muni du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste, ou bénéficiaire des dispositions transitoires fixées par les lois des 30 novembre 1892, 13 juillet 1921, 10 août 1924, 13 décembre 1924, 18 août 1927 ;

« 2° S'il ne remplit les conditions requises, au point de vue de la nationalité, par la loi du 16 août 1940 ;

« 3° S'il n'est inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins institué par la loi du 7 octobre 1940.

« Pourront également exercer la médecine sur le territoire français... »

(Le reste sans changement.)

Art. 2. — L'article 3 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine est ainsi complété :

« Dans tous les cas, elles doivent remplir les conditions de nationalité fixées par la loi du 16 août 1940 pour les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens, sauf les dérogations prévues par ladite loi. »

Art. 3. — L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 (modifié par la loi du 6 mai 1922) est modifié ainsi qu'il suit :

« Les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et munis de seize inscriptions, et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

« Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »

Art. 4. — Les articles 9 (modifié par la loi du 14 avril 1910) et 14 de la loi du 30 novembre 1892 sont modifiés ainsi qu'il suit :

« Art. 9. — Les personnes qui veulent pratiquer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sont tenues, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leurs titres, à la Préfecture et au Greffe du Tribunal Civil de leur arrondissement. Elles doivent ensuite les faire viser à la mairie de leur domicile et, s'il y a lieu, de chacune de leurs résidences professionnelles ; cette formalité doit être renouvelée à chaque changement de domicile ou de résidence.

« Pour les diplômes de docteur en médecine, l'enregistrement doit être précédé de l'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins dans les conditions prévues au titre II de la loi du 7 octobre 1940.

« Tout changement de domicile ou de résidence professionnelle doit être signalé par l'intéressé au Conseil départemental de l'Ordre ainsi qu'à la mairie du dernier établissement. Celle-ci en avise le préfet et l'autorité judiciaire.

« Un nouvel enregistrement du titre devient nécessaire lorsque le titulaire transfère son domicile dans un autre département. Il en est de même pour toute personne qui n'exerçant plus depuis deux ans, désire reprendre l'exercice de sa profession.

« Art. 14. — Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être assurées que par des docteurs en médecine remplissant les conditions prévues à l'article 1er de la loi du 26 juillet 1935, modifié par les texte subséquents.

« La liste de ces praticiens, établie par la Cour d'appel au début de chaque année judiciaire, ne doit être arrêtée qu'après consultation des Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins existant dans le ressort de la cour. »

Art. 5. — Il est ajouté à la loi du 30 novembre 1892 un article 14 *bis*, ainsi rédigé :

« Il est interdit d'exercer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sous un pseudonyme.

« Les médecins, dentistes et sages-femmes ayant le droit d'exercer en France ne peuvent donner de consultations gratuites dans les locaux où sont vendus les médicaments et les appareils qu'ils prescrivent ou qu'ils utilisent.

« Les infractions aux dispositions du présent article sont punies des peines prévues à l'article 18 (alinéas 1er et 5) ci-après. »

Art. 6. — Les articles 16 (modifié par la loi du 16 mars 1934), 17, 18 et 19 de la loi du 30 novembre 1892 sont modifiés ainsi qu'il suit :

« Art. 16. — Exerce illégalement la médecine :

« 1° Toute personne qui, sans remplir les conditions imposées par les lois et règlements en vigueur pour être admise à exercer la profession de médecin, de dentiste ou de sage-femme, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, à la pratique de l'art dentaire ou à celle des accouchements, sauf les cas d'urgence avérés ;

« 2° Toute personne qui, sans être munie du diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste en ce qui concerne l'odontologie, utilisera les rayons Roentgen dans un but de diagnostic ou de thérapeutique ;

« 3° Toute sage-femme qui sort des limites fixées pour l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi ;

« 4° Toute personne qui, munie d'un titre régulier... »

(Le reste sans changement.)

« Art. 17. — Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

« En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les Conseils de l'Ordre, lorsqu'il s'agit de médecins, et les associations professionnelles de dentistes et de sages-femmes régulièrement constituées pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public.

« Art. 18. — Les délits visés à l'article 16 de la présente loi sont punis, en ce qui concerne l'exercice de la médecine et de l'art dentaire d'une amende de 2.000 à 5.000 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 5.000 à 10.000 fr. et d'un emprisonnement de trois mois à un an ou de l'une de ces deux peines seulement.

« En cas d'infraction commise dans les conditions définies au paragraphe premier de l'article 16 ci-dessus, le tribunal ordonne que le jugement de condamnation soit publié intégralement ou par extraits dans trois journaux qu'il désignera et affiché pendant une durée qu'il déterminera et qui ne pourra excéder un mois, à la porte du domicile du délinquant, le tout aux frais de ce dernier.

« En cas de suppression, de dissimulation ou de lacération totale ou partielle des affiches ordonnées par le jugement de condamnation, il sera procédé de nouveau à l'insertion intégrale des dispositions du jugement relatives à l'affichage.

« Lorsque la suppression, la dissimulation ou la lacération totale ou partielle aura été opérée volontairement par le condamné, à son instigation ou par son ordre, elle entraînera contre celui-ci l'application d'une amende de 1.000 à 3.000 fr. et d'un emprisonnement de un à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

« L'exercice illégal de l'art des accouchements est puni d'une amende de 1.000 à 2.000 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 2.000 à 5.000 fr. et d'un emprisonnement de six mois à un an ou de l'une de ces deux peines seulement.

« Art. 19. — L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire avec usurpation du titre de docteur, d'officier de santé ou de dentiste, est puni d'une amende de 3.000 à 6.000 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 6.000 à 12.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à deux ans ou de l'une de ces deux peines seulement.

« L'usurpation du titre de sage-femme sera punie d'une amende de 500 à 1.000 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 1.000 à 2.000 fr. et d'un emprisonnement d'un mois à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement ».

Art. 7. — Il est ajouté à la loi du 30 novembre 1892 un article 21 *bis*, ainsi rédigé :

« Tout médecin qui aura fait une fausse déclaration en vue de son inscription au tableau de l'ordre sera puni d'une amende de 1.000 à 3.000 fr. et d'un emprisonnement de un à trois mois ou de l'une de ces peines seulement ».

Art. 8. — Les articles 22, 25 (modifié par le décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises), 26 et 32 (3e alinéa) de la loi du 30 novembre 1892 sont modifiés ainsi qu'il suit :

« Art. 22. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi est puni d'une amende de 500 fr.

« Art. 25. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les cours et tribunaux, accessoirement à la peine principale, contre tout médcin, officier de santé, dentiste ou sage-femme condamné à l'une des peines prévues à l'article 18 ou à l'article 19 de la présente loi.

« Elles peuvent également être prononcées contre eux en cas de condamnation :

« 1° ....

(Le reste sans changement.)

« Art. 26. — Les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées, soit à l'article précédent, soit à l'article 13 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'ordre des médecins, tombent sous le coup des articles 17, 18, 19, 20 et 21 de la présente loi lorsqu'elles continuent à exercer leur profession.

« Art. 32. — Troisième alinéa. — Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du précédent alinéa seront passibles des peines portées au premier alinéa de l'article 19 de la présente loi ».

Art. 9. — Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires aux dispositions de la présente loi, notamment celles qui sont contenues dans les lois des 14 avril 1910, 16 mars 1934, 26 juillet 1935 et dans le décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises.

Art. 10. — Le présent acte sera publié au *Journal officiel* et exécuté comme loi de l'Etat. (*J. O.*, 9 juin 1941.)

LIVRES NOUVEAUX

Blutdrückmessung und Kreislauf in den Arterien der Menschen. — Geschichte und heutige Lage der Probleme. Neue Lösungsversuche. (La mesure de la pression artérielle et la circulation dans les artères chez l'homme. — Historique et état présent du problème. Essais nouveaux de solution), par le Dr Heinrich von Recklinghausen (Munich), avec 197 illustrations. — *Dresde et Leipzig. Theodor Steinkopff*, 1940. (Bibliothèque de la circulation. Vol. 4), 30 R. M.

Sauf exceptions rares, le médecin mesure la tension artérielle sans action directe du sang sur le manomètre ; il juge seulement d'après certains caractères et interprète par leur moyen, les données numériques fournies par les instruments en choisissant au préalable la grandeur qui doit traduire l'équilibre avec la pression régnant à l'intérieur du vaisseau. La connaissance préalable de la physique des fluides et de la dynamique circulatoire est donc nécessaire.

Cette interpénétration de la théorie et de la pratique a conduit l'auteur, après 40 années de travail, à mener de front l'exposé historique des conceptions anciennes avec l'étude physiologique proprement dite et l'exposé critique.

L'auteur s'est du reste attaché à élargir le domaine étudié ; à la mesure de la tension artérielle, problème principal, il rattache l'étude du pouls et de la circulation artérielle en général, celle de la physiologie des fluides rapportée au sang circulant, celle de l'élasticité artérielle.

L'auteur étudie donc les travaux des physiologistes du xviiie siècle sur le pouls et la circulation chez l'animal depuis les premières mesures directes de la tension par Stephen Hales (1708) et les études sphygmographiques de cette époque chez l'homme.

Il étudie ensuite les procédés de mesure indirecte : procédés approchés (méthodes palpatoire, oscillométrique, etc.), et leurs diverses réalisations pratiques ; et procédés plus précis (microkymatique, formoscillométrie). Il expose ensuite les bases théoriques de la mesure indirecte, traite des divers facteurs en jeu et de leur importance respective. Nous signalerons en particulier l'importante étude de la paroi artérielle et celle des caractères physiques du contenu sanguin, immobile ou en mouvement. Suit un exposé des méthodes directes sanglante et non sanglante. Dans chacun de ces chapitres on trouvera la description critique des instrumentations en usage, des résultats obtenus.

L'auteur traite ensuite de l' « hémodynamique », étude de la physique du sang en mouvement, normal et pathologique, étudiant les diverses techniques proposées et leurs bases théoriques.

Il conclut par une étude physiologique du pouls et du courant sanguin comparés et sur une importante série de tableaux résumant les conceptions théoriques, les données et formules mathématiques et les calculs numériques utiles aux diagnostics cliniques, sur une table de concordance de données manométriques et sur une importante bibliographie.

R. L.

Les thrombo-phlébites dites « par effort » du membre supérieur, par Cl. Olivier et L. Léger. Préface du Prof. H. Mondor. Un volume de 210 pages (Collection *Médecine et Chirurgie*). Masson 1941.

Comme le dit parfaitement M. Mondor, rien n'aide mieux qu'une excellente monographie, à tirer des maux exceptionnels pour la ranger parmi les maladies courantes, une affection en apparence rare.

Après avoir rappelé les observations historiques de J. Paget et Muselier, les auteurs discutent les divers facteurs étiologiques et, en particulier, le « soi-disant effort » absent dans un cinquième des cas. L'étude clinique est ensuite exposée à l'aide d'exemples concrets et pittoresques piquetés dans les diverses observations publiées. L'affection est, en règle, suffisamment caractérisée pour que le diagnostic ne souffre pas de difficultés. Du point de vue pathogénique, les auteurs montrent que l'infection a pour elle les plus solides arguments : examens histologiques, présence de germes dans les cultures du caillot. D'empirique et purement symptomatique, le traitement de la thrombo-phlébite devient de plus en plus chirurgical ; la résection du segment veineux est souvent le seul moyen de mettre un terme aux troubles d'importance d'ailleurs inégale engendrés par l'oblitération. Ecrite avec un souci d'exactitude, inhabituel à bien des écrits de ce genre, cette monographie constitue une mise au point parfaite sur cette intéressante affection.

P. L.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 51-52. — 25-28 JUIN 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Administration générale de l'Assistance Publique à Paris. — UN CONCOURS pour la nomination à une place d'AIDE D'ANATOMIE à l'Amphithéâtre d'Anatomie des Hôpitaux, vacante le 1er novembre 1941 sera ouvert le lundi 6 octobre 1941, à 9 heures, à la Salle du Conseil de Surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria (2e étage).

MM. les Elèves des Hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'Administration Centrale (Bureau du Service de Santé), à partir du vendredi 5 septembre jusqu'au lundi 15 septembre 1941 inclusivement, de 14 heures à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Première séance : Ecrit, lundi 23 juin 1941, à 9 heures 30, à l'Administration Centrale.

Questions sorties :

Obstétrique : Conduite à tenir dans les cas d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta.

Pathologie médicale : Diagnostic positif et traitement de la méningite cérébro-spinale.

Facultés de Médecine. — BOURSES. — L'article 2 (§ 2) de l'arrêté du 15 mai 1927, modifié par l'arrêté du 18 février 1938, est modifié ainsi qu'il suit :

« Sont admis à prendre part à ce concours les candidats appartenant aux régimes d'études fixés par les décrets des 10 septembre 1924 et 6 mars 1934, pourvus de quatre, huit, douze, seize ou vingt inscriptions, qui ont subi avec la note moyenne 6 l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions. »

L'article 3 de l'arrêté du 15 mai 1927 est complété, *in fine*, par la disposition suivante :

Etudiants à vingt inscriptions :

« *a*) Une composition de thérapeutique ;

« *b*) Une composition d'hygiène et de médecine légale. »

(*J. O.*, 19 juin 1941.)

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Chevalier.* — M. le Médecin capitaine Filippi (Paul), du 224e régiment d'artillerie lourde (Croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 14 juin 1941.)

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — SANATORIUMS. — Par arrêté, en date du 6 juin 1941, M. le Dr Arribehaute est chargé, à titre temporaire, des fonctions de médecin directeur du sanatorium de Lac-Ouvillers (Doubs).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES. — L'arrêté du 30 mars 1941 déplaçant d'office M. le Dr Ferdières et l'affectant en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, est rapporté.

M. le Dr Ferdières, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Chezal-Benoît, est affecté, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Rodez (intérêt de service), en remplacement de M. le Dr Buisson, muté dans l'intérêt du service.

M. le Dr Stoerr, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens, est déplacé et affecté, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, en remplacement de M. le Dr Usse, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Buisson, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Rodez, est affecté en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens (intérêt de service), en remplacement de M. le Dr Stoerr.

M. le Dr Borel, médecin chef des hôpitaux psychiatriques publics, est affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire, en remplacement de M. le docteur Couderc, appelé à d'autres fonctions.

M. le Dr Couderc, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire est affecté, sur sa demande, en la même qualité à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Limoux, en remplacement de M. le Dr Gardien, muté dans l'intérêt du service.

M. le Dr Queron, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1939, est nommé, à titre provisoire, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Limoux, en remplacement de Mme le Dr Gardien, mutée dans l'intérêt du service.

Inspection de la Santé. — Mme le Dr Midrouillet, médecin inspecteur adjoint de la santé, est mise en disponibilité, pour une période de cinq ans, sur sa demande, à compter du 1er mai 1941.

M. le Dr Michel (Jacques) est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé des Hautes-Alpes, en remplacement de Mme le docteur Midrouillet, mise en disponibilité sur sa demande.

M. le Dr Parmentier, directeur intérimaire du bureau d'hygiène de Lille, est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé du Nord.

M. le Dr Cuisset, directeur du bureau d'hygiène de Valenciennes, est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé du Nord.

(*J. O.*, 19 juin 1941.)

— La délégation générale du Gouvernement français dans les territoires occupés communique :

La section de l'alimentation du Comité consultatif d'hygiène, réunie à Vichy, a approuvé, sans réserves et à l'unanimité, les mesures envisagées et préconisées par M. le Secrétaire Général de la Santé, dès le mois d'août 1940, et la distribution des vitamines A, B et C dans la forme, aux doses et dans les conditions où elle se pratique actuellement.

Cette distribution, en conséquence, continuera à avoir lieu et sera intensifiée pendant les mois d'hiver. Un stock de ces vitamines sera par ailleurs réservé à l'usage thérapeutique.

Enfin, une politique d'éducation sanitaire sera suivie afin de démontrer à la population, d'une part, l'intérêt que présente cette distribution de vitamines, d'autre part, la nécessité de tirer parti au maximum des produits naturels pour équilibrer dans les meilleures conditions son alimentation.

Guerre. — *Le concours pour l'emploi d'élève de l'Ecole du Service de santé* s'ouvrira le 26 août 1941 (section médecine, troupes métropolitaines).

Inscription du 6 au 30 juillet 1941, à Royat (Direction du Service de Santé, bureau du personnel). Demande sur papier timbré.

Concours ouvert aux étudiants pourvus du certificat P. C. B. ou aux étudiants pourvus de 4 et 8 inscriptions valables pour le doctorat.

Limite d'âge inférieure 17 ans ; supérieure, 23 ans, pour le P. C. B. ; 24 ans pour 4 inscriptions, 25 ans pour 8 inscriptions.

Epreuves écrites à Alger, Clermont-Ferrand, Lyon, Marseille, Montpellier et Toulouse. Epreuves orales à Lyon et à Marseille.

Même programme qu'en 1939. (*J. O.*, 20 juin 1941.)

Cumuls. — Le *Journal officiel* du 13 juin publie la loi du 3 juin 1941 complétant et modifiant la réglementation des cumuls.

Cette loi concerne les personnels qui ont fait l'objet de mesures provisoires ou définitives de dégagement des cadres.

Le centenaire de l'Académie royale de Médecine de Belgique. — Le 19 septembre 1841, S. M. le roi Léopold Ier créa l'Académie royale de Médecine de Belgique. Le *Bulletin* de l'Académie, du 30 novembre 1940, que nous venons de recevoir, annonce l'intention de la compagnie de commémorer son centenaire en septembre prochain.

Cours

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — Chaire de pathologie médicale. — Professeur : M. Pasteur Vallery-Radot. — *Conférence sur les grands initiateurs français en pathologie infectieuse.*

Samedi 28 juin : *Laveran*, par M. Blanchard, directeur du Service de santé des Colonies

Mardi 1er juillet : *Widal*, par le professeur Lemierre, de l'Académie de Médecine.

Jeudi 3 juillet : *Calmette*, par M. Noël Bernard, sous-directeur de l'Institut Pasteur.

Ces conférences auront lieu au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine (rue de l'Ecole-de-Médecine), à 18 heures.

Clinique de la Tuberculose (Prof. : M. J. Troisier). — Cours de perfectionnement sur la tuberculose organisé avec le concours du Comité National de Défense contre la Tuberculose, par MM. E. Rist et P. Ameuille, avec la collaboration de MM. les professeurs F. Bezançon et J. Troisier, de M. J.-E. Evrot, de MM. Pruvost et Jacob, de Mme Dubois-Verlière et de MM. C. Kudelski, C. Lejard, V. Hinault, J.-M. Lemoine et J. Fauvet.

Ce cours, d'une durée de quatre semaines commencera le lundi 7 juillet 1941, à 9 h. 30, à l'hôpital Cochin (pavillon Claude-Bernard). Il se composera d'exercices pratiques et de leçons magistrales sur des questions d'actualité en phtisiologie et pathologie pulmonaire. (Les dates des leçons seront publiées ultérieurement.)

Le Comité National de Défense contre la Tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaire ou des candidats au poste de médecins de dispensaire, désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses ; s'adresser à M. Evrot, directeur du Comité National, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e). Les droits à verser sont de 250 francs. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de Médecine, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4), et salle Béclard (A. D. R. M.), à la Faculté, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

— M. M. Bariéty agrégé, médecin des hôpitaux et M. G. Brouet, agrégé, feront, durant le mois de juin 1941, quatre leçons sur : *Le traitement des symptômes de la tuberculose pulmonaire.*

Quatrième leçon : Dimanche 29 juin 1941, à 10 h. 30, à la Salle des Conférences de la Clinique de la Tuberculose (Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres : M. M. Bariéty, hémoptysies.

Hygiène et clinique de la première enfance. — Clinique Parrot, Hospice des enfants assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, à Paris. — Professeur : M. P. Lereboullet.

Programme du cours. — *Mardi 1er juillet*, 16 h., M. Lelong : La maladie cœliaque ; 17 h. 15, M. Bohn : L'hygiène de la peau chez le jeune enfant ; les érythèmes et les érythrodermies. — *Mercredi 2 juillet*, 16 heures, M. le Prof. Lereboullet : Quand et comment diagnostiquer la syphilis congénitale ; 17 h. 15, M. Joseph : L'instillation veineuse continue et la transfusion sanguine chez le nourrisson. — *Jeudi 3 juillet*, 16 h., M. Cathala : La tétanie chez le nourrisson ; 17 h. 15, M. Benoist : Le traitement actuel de la syphilis du jeune enfant. Ses règles générales.

Voir la suite des Informations, page 537.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
CHRYSÉMINE Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Pyréthrines de la fleur de Pyrèthre*	Oxyures - Ascaris Tous parasites intestinaux
DIBROMOTYROSINE " ROCHE " Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Brome organique* Comprimés à 0.10 1 à 3 par jour et plus	Symptômes nerveux du Basedow
DIIODOTYROSINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Iode organique* Comprimés à 0.10 1 à 3 par jour et plus	Maladie de Basedow
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
LAROSCORBINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Vitamine C synthétique cristallisée* Comp. : 2 à 4 p. j. Amp. 2 cm^3 : 1 à 2 p. j. Amp. 5 cm^3 : 1 p. j.	Toutes déficiences organiques

LES COLITES HISTAMINIQUES

Par MM. M. Loeper et C.-I. Tanasesco

Le chapitre des colites est extrêmement étendu. Il comprend les colites aiguës et chroniques, congestives, exsudatives et mucorrhéiques, superficielles et ulcéreuses, parfois nécrotiques et hémorragiques. L'importance des lésions explique la gravité des symptômes. Mais ni les unes ni les autres ne sont toujours spécifiques de la cause qui les produit. Leur siège peut être identique, leur aspect aussi. Une colite banale peut être hémorragique, une colite tuberculeuse peut être gangréneuse. Un examen microscopique peut établir des différences essentielles de forme, d'étendue, de profondeur, mais il ne peut être fait qu'après la mort.

Pourtant, déjà sur le vivant, l'examen rectoscopique permet d'établir quelques différences, et l'examen des selles de constater, dans un grand nombre de cas, les microbes, les parasites, les helminthes responsables. Ainsi a-t-on divisé les colites en colites spécifiques et non spécifiques, c'est-à-dire en colites dont on connaît le microbe et en colites où on ne le connaît pas.

Tout près de ce dernier groupe se plaçent les colites toxiques ; les unes mercurielles, les autres arsenicales ou antimoniales qui ont, elles aussi, quelques différences et beaucoup de points communs. Alors même que les éléments microbiens de l'intestin y joueraient secondairement un rôle ce sont des colites toxiques et elles sont exogènes.

Beaucoup sont d'origine sanguine, c'est-à-dire qu'elles tiennent à l'élimination du produit toxique par le côlon. Mais d'autres sont d'origine locale et tiennent à la production endo-intestinale d'un élément toxique et à son action *in situ*. Celles-ci sont des colites par action directe, autotoxiques souvent et *endogènes*. Les signes intestinaux sont les premiers en date. Les troubles généraux qui les compliquent sont dus à la résorption par l'intestin de la substance toxique ou d'autres produits dont la lésion intestinale permet la résorption.

Au nombre des substances toxiques contenues dans l'intestin lui-même et dans les matières intestinales, il faut faire une place à part aux bases aminées qui naissent de l'action des microbes les plus banaux sur les résidus de la digestion intestinale et au premier plan l'*histamine*.

Hanke (1) et Koessler avaient déjà avancé le fait. Chiray y est revenu avec Baumann et l'un de nous, à maintes reprises, avec Perrault et Lesure et d'autres (2).

L'histamine existe dans le côlon et dans les matières fécales. Meakins et Harington l'ont évaluée chez le cobaye à 1/100.000. D'autres en ont fixé le chiffre à 2 à 3 milligrammes % dans le contenu des anses grêles et du gros intestin. Elle serait sans doute combinée à des peptides et par conséquent impure.

Elle se trouverait dans la muqueuse même de l'intestin grêle de l'animal, dans le contenu de l'appendice et du côlon. Mais, chez l'homme, au dire de la plupart des auteurs, elle ne pourrait être décelée dans les fèces (3).

Nous ne partageons point cette opinion.

Nous avons, à plusieurs reprises, effectué des dosages qui nous ont donné, dans quelques cas, des chiffres de 70 à 110 milligr., ce qui est énorme.

La proportion de l'histamine des selles dépend d'abord de l'alimentation. En effet, elle peut être apportée aux selles ou au contenu intestinal par les aliments eux-mêmes. Certains sont *histaminophores* quand ils apportent l'histamine en nature comme certaines conserves, certains gibiers, certaines viandes altérées, certains poissons peu frais. D'autres sont des aliments *histaminogènes* (4), c'est-à-dire qui apportent seulement la substance souche d'histidine comme la viande, le boudin, la saucisse et d'autres encore, qu'une simple décarboxylation intestinale en milieu un peu acide suffit à transformer en histamine.

L'acidité des selles dépend de l'indigestion des résidus farineux qui se transforment en acide lactique et acide acétique sous l'influence des éléments microbiens. Elle dépend donc aussi de la flore microbienne.

Tous les microbes n'ont point la même activité.

Certains auteurs, avec Henke et Koessler ont pu incriminer le coli et ont vérifié la formation d'histamine par six souches de bacilles cultivées sur des milieux spéciaux.

La distinction stricte dans les cultures entre des corps très voisins, imidazol-acétique, propionique, lactique, est assez difficile. Il ne faut donc accepter les chiffres donnés que sous réserve.

Néanmoins, le B. aminophile de Berthelot paraît jouir d'une activité presque élective de dissociation aminolytique, et cet auteur, dans des expériences faites sur des souches préparées par Legroux, considère le coli, le protéus et les dysentériques, comme inactifs.

Nous avons, pour notre part, avec Lesure et Duchon (1), vu apparaître au contraire l'histamine dans des cultures de typhique et de pyocyaniques faites, il est vrai, sur un milieu spécialement préparé. L'histamine y naissait avec la tyramine dans des proportions inconstantes et, fait assez curieux, disparassait parfois après quelques semaines parce que les éléments microbiens utilisent à la longue l'histamine qu'ils ont formée.

L'histamine née sur place ne peut-elle déterminer directement des irritations, des réactions, des lésions même? Des colites, du moins des réactions coliques ne peuvent-elles en résulter qui vont prendre leur place à côté des colites véritablement infectieuses, toxiques ou même carencielles.

L'intérêt d'une telle question est d'autant plus considérable qu'à cette colite chimique, alimentaire, s'opposeront un régime et un traitement quasi spécifiques.

*
**

Pour prouver l'existence de cette colite nous avons fait quelques expériences qui consistent à introduire dans le gros intestin de l'histamine, c'est-à-dire à la mettre en contact direct et immédiat avec l'épithélium de l'organe.

La solution d'histamine que nous avons utilisée est de 1/2 milligramme diluée dans 10 cc. de sérum physiologque au 1/20000 par conséquent. Nos expériences ont été faites sur les cobayes.

D'abord nous l'avons introduite par lavement à la dose de quelques centimètres cubes, soit 4 à 5/20e de milligr. Mais le rejet du liquide introduit fut presque immédiat. Force nous fut de recourir à la laparotomie et à l'injection dans la cavité colique même. Le liquide doit être à peine tiède, à 38° seulement pour ne point provoquer, par la température même, des spasmes intestinaux. L'injection est faite par une petite boutonnière de l'abdomen et l'examen des viscères pratiqué par ouverture large cinquante minutes après l'introduction.

La congestion est alors très marquée de tous les organes de l'abdomen. Parfois même elle est si intense que les petits vaisseaux sont tendus, turgescents et éclatent durant les manipulations exercées sur la masse intestinale.

Le péristaltisme des anses est également vif et dans l'intestin la sécrétion est accrue, abondante, muqueuse et parfois hémorragique.

L'histamine injectée dans l'intestin provoque donc directement des réactions locales spasmodiques, congestives, exsudatives.

De semblables constatations ont été faites sur dix cobayes. Sans doute les conditions ne sont-elles pas les conditions normales, à plus forte raison les conditions humaines, l'histamine ne pouvant exister dans l'intestin que mélangée aux matières et peut-être absorbées par elles.

(1) Hanke. *Journal of Biol. Chem.*, 1921, 50, 131-191; et Hanke et Koessler. *Ibid.*, 1924, 59, 879-888.

(2) Loeper, Perrault et Lesure. *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 112, n° 38, 27 mai 1934.

(3) Guggenheim. *Les amines biologiques*. Baillière, éditeur, 1934.

(4) M. Loeper et C.-I. Perrault. *Thérapeutique des intoxications alimentaires*. Baillière, éditeur, 1937.

(1) Loeper, Lesure et Duchon. *C. R. Société de Biologie*, 1936, p. 1591.

Nous avons alors recherché si le contact prolongé avec les matières pouvait modifier nos résultats. Nous avons donc mélangé quelques centimètres cubes de cette solution d'histamine à une quantité variable de matières fécales de cobaye, maintenu le contact pendant quelques minutes, puis injecté la mixture dans l'intestin.

Après 50 minutes, nous avons observé la même congestion, le même péristaltisme, la même exsudation, peut-être même un péristaltisme plus marqué qu'avec la solution pure. De plus, la cavité péritonéale des cobayes contenait parfois un liquide plus ou moins abondant que nous n'avons pas observé chez les cobayes témoins.

L'examen du liquide intestinal le montre un peu albumineux et contenant quelques hématies et leucocytes.

L'examen de la paroi du côlon fait voir des vaisseaux gorgés à l'extrême, de petites effractions qui ne peuvent être attribuées au traumatisme, parfois un peu d'œdème du chorion, des éosinophiles assez nombreux ; enfin des cellules épithéliales recouvertes d'un bouchon muqueux assez volumineux, un exsudat appréciable dans lequel se voient des polynucléaires et quelques hématies.

Il semble donc que soit démontrée l'action spasmogène, mucorrhéique, hémorragique, exsudative de l'histamine introduite dans la cavité intestinale tant la muqueuse elle-même que pour les muscles de l'intestin. Certains symptômes locaux des colites sont sans doute attribuables à ces irritations.

***

Mais les colites s'accompagnent aussi de *troubles généraux* (1), parmi lesquels, l'hypotension, la congestion faciale, l'urticaire, les sueurs, les défaillances, etc., tous symptômes qui peuvent dépendre de la résorption de l'histamine et de son passage dans l'organisme.

A vrai dire, à l'état normal ce passage est discuté. La résorption est normalement entravée par l'action de la muqueuse elle-même. On s'est rendu compte que son oxydation *in situ* était facile et que, oxydée, elle était rapidement mise hors d'état de nuire. Mais une production excessive, la stase intestinale, l'altération de la paroi, l'atténuation des défenses et des sécrétions, la congestion même de la muqueuse peuvent la soustraire à la destruction ou permettre son passage dans l'organisme (Loeper, Perrault et Mahoudeau).

La preuve d'une aminémie d'origine intestinale n'est plus à donner.

La base aminée pénètre dans la veine porte, provoque le spasme de la veine sus-hépatique sur laquelle Villaret, Justin-Besançon et Loeper ont beaucoup attiré l'attention. Nos expériences prouvent d'ailleurs la réalité de ce passage.

L'histamine pure ou préalablement mélangée aux selles à la dose de 1/20e à 3/20e de milligr. détermine à la cinquantième minute une congestion intense de tous les organes abdominaux en amont ou en dehors du lieu de l'injection : intestin grêle, estomac, foie, rate, surrénales, reins, même poumons et cerveau. Et cette congestion intense, cette turgescence est l'indice certain du passage de l'histamine dans la circulation générale, en un mot, de sa résorption rapide, au moins dans les dix cas considérés.

Dans le syndrome général des colites comme dans le syndrome local qui les traduit, l'histamine peut donc avoir une part importante et elle prend place à côté d'autres toxiques nés de l'intestin, voire des porphyrines dont les recherches de Boulin, Besançon et Geffroy ont démontré l'action spasmodique et parfois coprostatique.

***

Si nous nous transportons sur le terrain clinique nous pouvons d'ailleurs vérifier ce passage.

L'histamine n'existe qu'à l'état de traces infinitésimales, bien moins d'un milligramme, peut-être de 2 γ seulement dans le sang normal. Sa présence peut résulter certes de la formation de l'histamine dans les organes, grâce à la décarboxylation de l'histidine, peut-être à l'acidité des tissus qui favorise cette décarboxylation, peut-être à l'excitation de certains filets nerveux de surface comme l'ont démontré dans le choc, les expériences de Ungar. C'est par ce mécanisme qu'on peut certes expliquer l'histaminémie des néphrites et de certaines hépatites, aussi de certaines manifestations dites anaphylactiques, comme l'asthme et l'urticaire. Mais elle peut s'expliquer aussi par la résorption intestinale dont nous venons de prouver la réalité.

(1) M. Loeper. *Intoxications et carences alimentaires.* Masson, éditeur, 1938.

Or, chez plusieurs colitiques nous avons dosé, non par la méthode biologique, que d'aucuns disent plus précise, mais par la méthode chimique, que d'autres acceptent comme suffisante, et nous avons trouvé parfois des chiffres de 3 à 4 milligrammes.

Nous sommes convaincus que cette histaminémie a sans doute sa part dans l'hypotension, les sueurs, la sensibilité vaso-motrice des téguments, l'augmentation du réflexe sino-carotidien, voire la contraction de la pupille. Elle a aussi sa part dans l'hyperchlorhydrie de certaines colites. On sait, et Faroy y a insisté, que dans beaucoup d'états colitiques apparaissent des douleurs gastriques tardives dont le spasme et l'hypersécrétion sont l'origine.

Nous-mêmes avons vu des hyperchlorhydries fréquentes (1).

	HCl libre	HCl total
3 fois	1,20	2,40
4 fois	1,90	3,10
3 fois	0,60	1,50
2 fois	0	1,45

Soit 7 fois sur 12 cas de colites dont 3 dysentériques, 4 séquelles de dysenteries, 5 colites banales.

Tout cela se comprend puisque l'histamine est un excitant de la sécrétion gastrique, à tel point que Ungar a basé sur cette excitation une méthode biologique d'appréciation des liquides organiques.

De toutes ces considérations résulte cette conclusion :

1° Qu'il existe bien des irritations coliques, des syndromes coliques histaminiques ;

2° Que les troubles généraux qui les accompagnent, sont secondaires à la résorption de cette histamine et à son action sur la circulation des organes et leur sécrétion.

***

Et voici maintenant les conclusions pratiques et *thérapeutiques.*

Elles sont assez simples et sont à la fois diététiques et médicamenteuses.

Le régime consiste à diminuer les aliments azotés certes puisque les albumines sont source d'histamine, mais aussi à réduire les résidus farineux qui, par leur fermentation et l'acidité qui en résulte, réalisent un milieu favorable à sa production. Pour cela l'usage de la pancréatine à haute dose est indispensable. *On ne donne d'ailleurs pas assez d'extraits de pancréas.* Aussi réduira-t-on ainsi l'acidité des selles et par conséquent la formation d'histamine. Mais cette acidité pourra être combattue par des alcalins : chaux et magnésie.

Une autre indication consiste dans l'absorption de l'histamine ; le charbon, mieux encore que le bismuth, remplira ce rôle car il fixe l'histamine de façon telle que la réaction ne peut être obtenue dans un liquide qui a été collé par le charbon.

Une autre indication consiste dans l'adsorption de l'hista-d'adrénaline qui est le véritable antidote de l'histamine et qui en combat les effets généraux : hypotension, vaso-dilatation et sueurs.

(1) M. Loeper. *Aux confins de la dyspepsie.* Masson, éditeur, 1940.

ACTUALITÉS

LA BENZEDRINE

Par M. R. Levent

Produit de synthèse réalisé pour la première fois en 1910, par Barger et Dale, la benzédrine est chimiquement l'α-phényl-β-aminopropane, C^6H^5 CH^2 $CHNH^2$ CH^3. C'est seulement en 1930 que fut entreprise, par l'école américaine en particulier, son étude pharmacodynamique. Elle a mis en évidence l'analogie, que la composition chimique permettait de prévoir, de ses effets avec ceux de l'éphédrine (α-phényl-β-aminopropanc) et de l'adrénaline (3-4-dionyphényl-méthylaminopropanol), cette dernière formant en quelque sorte une tête de série pharmacodynamique.

Sous sa forme d'amine basique, la benzédrine est très soluble dans l'alcool et l'éther mais peu soluble dans l'eau. Aussi lui préfère-t-on, en pratique, ses sels, phosphate et surtout sulfate, très solubles dans l'eau (0,5 à 0,8 pour 100) ; ils se présentent comme une poudre granuleuse amorphe blanche, stable à l'air, d'odeur faiblement ammoniacale et de saveur un peu acide.

Propriétés physiologiques :

Sur la circulation. — C'est sur la **tension artérielle** que son action est la plus évidente. La benzédrine, comme l'éphédrine et l'adrénaline **élève la tension artérielle.**

Chez le sujet normal, une dose de 10 milligrammes élève la maxima de 10 mm. de Hg environ ; l'action se manifeste à peu près une demi-heure après l'administration et se prolonge de 30 minutes à 2 heures, la tension redevenant ensuite normale. Avec 20 milligrammes, l'élévation tensionnelle atteint 20 à 30 mm. de Hg et se prolonge de 5 à 8 heures.

Sur la tension minima l'effet varie : tantôt nul, tantôt élévation proportionnée à l'action produite sur la maxima.

Avec 40 milligrammes *per os* l'effet est plus marqué encore et s'accompagne de symptômes accessoires : inquiétude motrice, palpitations, agitation, vomissements.

D'une manière générale, l'hypertension produite est moins brusque, moins intense et plus prolongée qu'avec l'éphédrine ou l'adrénaline et n'est pas suivie d'une hypotension secondaire.

Chez les sujets hypotendus l'action de la benzédrine est plus marquée que chez le sujet normal.

De plus, la répétition des doses est suivie d'un rapide épuisement de l'activité du médicament et parfois même d'une inversion : on voit la tension s'abaisser tandis que les signes nerveux réactionnels s'exagèrent.

Au niveau du *cœur* s'observe une courte phase de dilatation et de bradycardie suivie d'accélération et d'augmentation d'amplitude des contractions, phase très prolongée : 4 ou 5 heures selon certains auteurs pour les grosses doses. La benzédrine agit donc comme **tonicardiaque.**

L'électrocardiogramme n'est pas modifié. Sur **l'ensemble de la circulation,** vaisseaux péripheriques, vaisseaux intestinaux, on observe de **la vasoconstriction** ; au niveau de la rate, splénocontraction.

Le rein augmente au contraire de *volume* par vasodilatation ; l'augmentation de la diurèse est habituelle.

L'action **sur le sang** est discutée : pour certains auteurs, il y a polyglobulie et leucocytose ; pour Schiebe, il n'y a de retentissement ni sur le nombre des hématies, ni sur leur teneur en hémoglobine ; il y a légère hypoleucocytose, également marquée pour tous les types de leucocytes.

La température s'élève un peu : 1° Au moment de l'effet tensionnel maximum, effet durant 5 heures environ. Ceci paraît inconstant.

Inconstant aussi le retentissement sur le métabolisme basal : Ulrich a pourtant noté une légère augmentation temporaire.

Inconstant aussi l'effet sur la glycémie : élévation de 15 à 20 milligr. pour 100, avec maximum vers la 3e heure.

Sur l'appareil respiratoire, la benzédrine agit comme bronchodilatateur et stimulant respiratoire modéré ; elle diminuerait les sécrétions chez les scléreux pulmonaires.

Sur les muscles lisses, la benzédrine exerce une **action inhibitrice,** dominant l'effet des substances contracturantes quelles qu'elles soient et ne cédant pas devant les substances sympathicolytiques ; l'action paraît donc porter directement sur la fibre lisse.

Sur le tractus gastro-intestinal, la benzédrine exerce une action **relâchante,** corollaire de l'effet ci-dessus décrit et particulièrement nette au niveau du pylore et de l'intestin. Elle diminue le tonus gastrique, le peristaltisme et la durée d'évacuation. Parfois, cependant, on observe l'inversion de cette action.

Action sur le système nerveux. La benzédrine diminue ou abolit l'excitabilité des nerfs périphériques, moteurs ou sensitifs. Vis-à-vis de la moelle elle possède à faible dose une action excitante tandis que les fortes doses sont paralysantes. Vis-à-vis des centres nerveux supérieurs et spécialement du *cortex cérébral,* la benzédrine se comporte comme un *stimulant ;* cette action se manifeste sur le psychisme du sujet sain par de l'euphorie, une sensation d'augmentation de forces, d'agilité intellectuelle avec loquacité ; ultérieurement apparaissent une céphalée légère, un peu de malaise et de tremblement, une sensation de légère ivresse ne diminuant pourtant ni la lucidité, ni l'intelligence, des troubles du sommeil.

Tachyphylaxie. — Tous ces effets de la benzédrine sont temporaires ; très rapidement, surtout par administration intraveineuse se produit une **accoutumance** qui ne s'accompagne cependant jamais de sensation de besoin.

Indications. — Contre-indications. — Les indications pratiques de la benzédrine sont restreintes du fait des actions secondaires et de l'accoutumance.

Les principales sont **d'ordre neuropsychiâtrique.** Elle peut rendre des services temporaires dans des états de fatigue et d'affaiblissement chronique surtout fonctionnels, en particulier quand l'alcoolisme vient les aggraver ; dans la narcolepsie (Prinzmetall et Bloomberg, Ulrich), dans les états catatoniques, dans des psychonévroses avec manifestations anxieuses survenant chez des sujets en cure de repos, dans la mesure où une médication excitante n'est pas contre-indiquée.

On l'a employée aussi parfois contre des migraines ou, en particulier en Amérique, dans la recherche d'une excitation intellectuelle temporaire (examens).

La benzédrine a rendu, au contraire, d'appréciables services dans les encéphalites chroniques et surtout dans le *Parkinsonisme post-encéphalitique* (Soloven, Roger Mitchell, Prinzmetall) ; elle diminue la rigidité, le tremblement, les troubles oculaires, la salivation, mais malheureusement de façon temporaire. Il semble que c'est par association avec l'atropine que les résultats soient les meilleurs.

Expérimentalement, Lumière et Meyer ont, dans l'intoxication barbiturique, constaté une action aussi puissante que celle de la strychnine, mais l'emploi de fortes doses y est contre-indiqué, les deux toniques additionnant leur nocivité.

On a utilisé son action sur le cortex dans le sommeil anesthésique qui est allégé et abrégé et dans la rachianesthésie où son action sur la tension peut être favorable.

En oto-rhino-laryngologie, son action vasoconstrictrice peut rendre des services dans les rhinites et les affections de la trompe d'Eustache et de la caisse ; dans les sinusites, au contraire, les résultats ont toujours été mauvais.

Ses effets gastro-intestinaux sont insuffisants pour en faire un médicament. Le relâchement du spasme fonctionnel est au contraire, suffisant pour faciliter le diagnostic radiologique et la séparation de ce qui dans le spasme est d'origine organique (Myerson et Ritvo).

Nous ne citerons que pour mémoire son emploi, sans intérêt, dans des cures de réduction de poids.

La benzédrine est contre-indiquée chez les épileptiques, chez tous les sujets atteints de troubles cardiovasculaires, en particulier les hypertendus et les coronariens, chez les mentaux purs, surtout les cyclothymiques en période dépressive, chez les insomniques. Elle est contre-indiquée aussi dans les cas de sinusite.

Il convient, enfin, pour ne pas provoquer d'anorexie, de ne pas l'administrer avant le repas.

Mode d'administration. — Posologie. — On n'emploie guère la voie sous-cutanée que pour les recherches expérimentales. Les inhalations sont employées en laryngologie pour l'obtention d'effets locaux. En pratique, c'est par la *voie digestive* que l'on administre la benzédrine, sous forme de sulfate le plus souvent.

La dose prescrite doit rester encore inférieure à celles qu'ont employées certains auteurs américains ; le pouvoir toxique mesuré chez l'animal expose à une posologie téméraire. Il est prudent de ne pas dépasser une dose de *quinze milligrammes* par 24 heures, répartie en 3 doses de cinq milligrammes données loin des repas.

Ce traitement est toujours temporaire du fait de l'accoutumance.

Des doses répétées, peu efficaces, exposent à l'intolérance : insomnie, hypotension, tachycardie, oligurie, céphalée, sécheresse et chaleur de la peau. Plus rarement, on a observé une intoxication franche : bouffées de chaleur, angoisse, troubles digestifs, hyperexcitabilité motrice et même convulsions, état syncopal, collapsus ; tous troubles moins subits mais plus tenaces qu'avec l'éphédrine.

On ne saurait donc actuellement considérer la benzédrine que comme un médicament d'appoint, d'efficacité temporaire et qu'il convient de n'employer qu'avec prudence et dans des cas d'exception.

FAITS CLINIQUES

RETRECISSEMENT BLENNORRHAGIQUE DE L'URETRE CHEZ UN GARÇON DE 13 ANS

Par MM. L. Babonneix et L. Sikoraw

Observation. — B. Albert, 14 ans, est amené d'urgence à l'hôpital Saint-Louis, dans la nuit du 2 au 3 février 1940, pour une rétention complète d'urines datant de plus de 8 heures. Cette rétention finit par céder aux petits moyens (bain chaud), sans sondage.

On apprend alors qu'à treize ans, il a eu plusieurs rapports avec une « personne » sur laquelle nous n'avons aucun renseignement, et que, consécutivement à ces rapports, est apparu un écoulement urétral dont il ne peut préciser la nature, pour lequel il ne s'est jamais soigné et qui s'est tari peu à peu. Depuis six mois environ, dysurie croissante, sans qu'il y ait jamais rétention complète.

M. Edouard Michon, qui veut bien examiner B. Albert, ne constate, chez lui, aucun écoulement urétral, même après essai de réactivation au nitrate. Mais les urines sont louches et, fait capital, il existe un rétrécissement unique, siégeant près du bulbe, qu'on accroche avec un petit explorateur n° 14.

Traité par dilatation progressive du canal urétral par des bougies de calibre 14 à 36 (en augmentant d'un numéro tous les deux jours), puis par des Béniqués jusqu'au n° 40, notre malade quitte le service le 17 mars 1940 ne présentant plus aucun trouble.

*
* *

Bien que la preuve de l'étiologie gonococcique n'ait pu être faite, c'est elle qui semble la plus probable, étant donné les antécédents. Ce qui est frappant dans cette observation, c'est moins l'existence d'une blennorrhagie chez un enfant de 13 ans que la précocité du rétrécissement, apparu moins de six mois après l'écoulement suspect, alors qu'il est classique d'admettre que le rétrécissement urétral gonococcique a besoin d'années pour se constituer.

Les cas de ce genre sont rares (Rona, v. Arsdab, Beilig) et, aussi bien dans les *Traités d'urologie* que dans ceux consacrés à la Pédiatrie, il n'en existe que peu d'exemples. Deux se trouvent signalés dans la thèse de M. Juzydicki (Lyon, 1933) : l'un, de Kammer (New-York 1883), concernant un rétrécissement gonococcique à évolution rapide, ayant provoqué une rétention pour laquelle il fallut recourir à la ponction de la vessie, l'autre, de Bokay (cité par Genevoix, *Th. Paris* 1904), qui a trait à un rétrécissement survenu moins d'un an après une urétrite blennorrhagique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Lundi 16 juin 1941. — Jury : MM. Champy, Aubertin, Henri Bénard, Bulliard. — Mlle Moday. Modifications de la thyroïde sous l'effet de la testôtérone. — M. Francheteau. A propos d'un cas de sarcomatose cervico-médiastinale avec leucémie aiguë. — M. Sapir. Sur les relations réciproques de l'acide ascorbique et de l'hormone thyroïdienne.

Mercredi 18 juin 1941. — 1° Jury : MM. Fiessinger, Harvier, Mondor, Donzelot. — M. Congy. Un cas d'hyperthyroïdie traitée par le salicylate de soude intraveineux. — M. Gaumé. L'association de l'alternance des différentes méthodes de volapsothérapie dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — M. Debusschère. Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de la première portion du duodénum.

2° Jury : MM. Rouvière, Chiray, Fèvre, Justin-Besançon. — M. Jeudy. Les principaux anatomistes français du xiie siècle. — M. Bertolini. Contribution à l'étude de la sulfamidothérapie de l'urétrite masculine gonococcique.

Jeudi 19 juin 1941. — Jury : MM: Lenormant, Laignel-Lavastine, Delay, Sicard. — Mlle Jacquemin. Contribution à l'étude du cancer bilatéral du sein. — M. Chevillard. Contribution à l'histoire médicale de l'oxyde noir de fer ou ethiops minéral.

Mardi 24 juin 1941. — Jury : MM. Tanon, Olivier, Patel, Marchal. — M. Willigsecker. Pain bis d'antan. Pain blanc actuel. — M. Fontanel. Thérapeutique sulfamidée en stomatologie.

Mercredi 25 juin 1941. — 1° Jury : MM. Couvelaire, Lœper, Mondor, Guy Laroche. — M. Bouillié. Manifestations tardives de la gonococcie chez le nourrisson. — M. Roger. Aperçu sur certains traitements médicaux actuels de l'éclampsie. — M. Gaumé. L'association et l'alternance des différentes méthodes de collapsothérapie dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

2° Jury : MM. Mathieu, Chiray, Brulé, Brouet. — M. Grange. Contribution à l'étude des fractures du col du fémur, particulièrement chez le vieillard. — M. Belin. Les gastrites ulcéreuses. Etude anatomo-clinique et endoscopique.

THESES VETERINAIRES

Jeudi 19 juin 1941. — 1° Jury : MM. Mocquot, Lesbouyries, Vergé. — M. Montau. Les métrites de la vache.

2° Jury : MM. Polonovski, Henry, Létard. — M. Chimits. Etude biologique sur la salmoniculture. Nutrition. Oxygénation de l'eau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 26 mai 1941

Rôle du pancréas dans la régulation du pouvoir cholineestérasique du sérum sanguin. — MM. Daniel Santenoise et Daniel Bovet. — Il existe un système régulateur susceptible de modifier l'activité de la choline-estérase à l'intérieur de l'organisme. Dans cette régulation le pancréas joue un rôle essentiel ; une sécrétion interne distincte de l'insuline, la vagotonine, en diminuant la vitesse d'action des ferments hydrolysants de l'acétylcholine, conditionne aussi indirectement l'activité physiologique de l'acétylcholine elle-même. L'un des domaines dans lequel le rôle de cette régulation apparaît de la façon la plus immédiate est le système végétatif parasympathique, et il apparaît, par exemple, que la notion de vagotonie définie par Eppinger et Hess peut être appréciée par la mesure de l'activité de la choline-estérase du sérum.

Le rôle de l'alcalose dans la production du rachitisme expérimental. — M. Raoul Lecoq. — Quel que soit le mécanisme intime de sa production, le rachitisme expérimental peut être envisagé comme une manifestation d'alcalose, dont il est facile de combattre les effets au moyen d'un acide tel que l'acide lactique, sans que les conditions expérimentales de luminosité, de carence en vitamine D et de déséquilibre phosphocalcique de la ration soient en rien modifiées.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 24 juin 1941

Les déterminations cliniques et expérimentales de la toxine neurotrope colibacillaire sur la moelle épinière. — M. H. Vincent. — J'ai fait connaître, en 1925, que le *B. Coli* sécrète, en même temps que la toxine classiquement connue (toxine enterotrope), une toxine *neurotrope* présentant une affinité remarquable pour la substance grise de la moelle, chez l'homme et chez les animaux et pour celle du cerveau chez l'homme. Cette toxine est thermolabile, assez fragile. Elle détermine des paraplégies fréquentes chez le lapin ; dans un cas, la paralysie est survenue *huit mois* après l'inoculation.

Chez l'homme, j'ai observé une paraplégie à évolution ascendante et mortelle survenue quatre ans après une septicémie colibacillaires, bactériologiquement vérifiée.

Charcot a signalé autrefois des paralysies apparues après plusieurs années chez des malades « urinaires ».

Peut-on, lorsque les symptômes paralytiques se sont développés, en limiter l'extension par le traitement antitoxique spécifique? Je ne connais pas de cas de cette nature ainsi traités, chez l'homme. Mais l'expérimentation entreprise chez le lapin a donné des guérisons inattendues. Quatre lapins ont reçu des injections de sérum (2 injections de 5 cm^3 chacune à 24 heures d'intervalle chez trois d'entre eux; 2 injections de 10 cm^3 chez le quatrième) à diverses périodes de leur paralysie du train postérieur, savoir au début, à la période moyenne et à la phase presque terminale mais avant l'apparition des troubles bulbaires.

Les trois premiers ont guéri intégralement en 4 à 6 jours. Le quatrième lapin, qui était sur le point de succomber, a survécu et a recouvré une partie de sa motricité, est devenu capable de se déplacer et de marcher, quoique la marche soit restée un peu difficile.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », parue dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouët a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée,** expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Elle est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Dr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple,** moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*

La paralysie colibacillaire chez l'homme comme chez l'animal, mérite d'être rapprochée de la paralysie diphtérique et par son processus pathogénique, par ses symptômes, par les lésions inconstantes de la moelle qu'elle détermine. Mais elle a un pronostic plus grave et, d'autre part, elle est beaucoup plus accessible à l'action de l'antitoxine spécifique. Ceci démontre que le complexe d'adsorption qui unit la neurotoxine colibacillaire au protoplasma des cellules nerveuses est stable, mais susceptible d'être dissocié.

Il y a lieu d'insister sur la durée prolongée d'incubation de la poliomyélite : (4 ans chez mon malade), 2 ans à 10 ans, d'après Charcot, chez les « urinaires ». L'origine réelle de ces paralysies peut, dès lors, être méconnue.

D'autre part, en raison de son action rapide chez les animaux, on peut présumer que le même traitement précoce et intensif est peut-être susceptible d'amener, chez l'homme, l'amélioration ou l'arrêt de cette maladie dont le pronostic est mortel.

En présence d'un cas de paraplégie inexpliquée, il y a lieu de se rappeler que les infections colibacillaires, même légères, peuvent donner lieu à l'imprégnation de la substance grise par la neurotoxine. Il en a été ainsi chez le malade atteint de colibacillémie peu grave que j'ai observé. Même constatation chez mes animaux inoculés. On devra, en conséquence, interroger avec soin les malades sur les antécédents. Je rappelle que l'appendicite peut avoir, à cet égard une grande importance parce que ses complications infectieuses locales et générales sont presque toujours sous la dépendance du *Bacillus Coli.*

La goutte et l'uricémie des ictères hémolytiques familiaux. — MM. Noël Fiessinger et Maurice Roux signalent, au cours des ictères hémolytiques familiaux, la possibilités d'apparition de deux ordres de phénomènes : des attaques de goutte articulaire franche qu'ils ont observées dans deux cas, et une uricémie (105 à 134 milligrammes pour mille) qu'ils ont retrouvée chez six ictères hémolytiques splénomégaliques d'une même famille, tandis qu'un membre indemne de cette famille avait une uricémie de 66 milligr. Ces sujets présentent le plus souvent une uricémie normale, contrairement aux faits observés par Eppinger. La splénectomie, dans un cas, malgré qu'elle ait mis fin à l'ictère, à la réticulocytose et aux troubles du développement, n'a pas empêché, six ans plus tard, l'uricémie de se maintenir à 100 milligr. par litre.

Pour expliquer, d'une part, cette goutte sans raison alimentaire, véritable « goutte pauvre », et d'autre part, cette hyperuricémie persistante et le plus souvent silencieuse, les auteurs, après avoir montré que l'on peut observer les mêmes manifestations dans les leucémies et dans certains processus hémolytiques, concluent que l'hyperuricémie traduit, plutôt que le processus d'hémolyse splénique, l'état d'instabilité médullaire, dont la microsphérocytose et la diminution de résistance globulaire constituent les stigmates sanguins d'origine qui persistent même après la splénectomie. La goutte et l'hyperuricémie des ictères hémolytiques familiaux apparaissent ainsi comme la conséquence d'un trouble du métabolisme endogène d'origine sanguine.

Les douleurs des lépreux. — M. Lecercle (de Damas) a eu l'occasion, au cours du traitement de lépreux, d'essayer les infiltrations anesthésiques du sympathique suivant la méthode de Leriche. Les résultats encourageants qu'il a obtenus dans le traitement des douleurs de ces lépreux méritaient d'être signalés.

Essai de traitement du choc engendré par le complexe chaulmogra-cholestérol par administration préalable d'acide ascorbique. — (Présentation faite par M. Champy). — MM. Ratsimamanga et Janicaud.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 11 juin 1941

Rupture spontanée du tendon long extenseur du pouce au cours d'une arthrite blennorragique du poignet : greffe de fascia lata. Guérison. — MM. Laederich, Mialaret, Verstraete et Mme Debain. — M. Petit-Dutaillis fait un rapport sur cette observation dans laquelle le résultat obtenu fut excellent malgré la précocité de l'intervention effectuée cinq semaines après la rétrocession des signes d'arthrite blennorragique.

A propos des fistules sigmoïdo-vésicales d'origine néoplasique. — MM. Gouverneur et P. Aboulker rapportent trois observations de ces fistules dues à un néoplasme colique ; ces fistules sont rares par rapport aux fistules d'origine diverticulaire.

Au point de vue thérapeutique, il ne faut pas trop tenir compte de l'importance de la zone d'adhérence de la vessie ; l'extension du cancer au Douglas, aux autres éléments du petit bassin est bien plus importante. Les auteurs conseillent l'ouverture première de la vessie pour faire l'exérèse de la collerette vésicale nécessaire.

De la nécrose et de la séquestration de la tête fémorale dans les fractures de guerre au niveau de l'articulation coxo-fémorale. — MM. Sauvé, Chicaudard, Charry et Poilleux ont recueillis seize observations dans lesquelles ils constatèrent ces modifications de la tête fémorale ; l'indication d'exérèse de la tête est formelle et doit être aussi précoce que possible. Assez souvent une contre incision a été nécessaire pour parfaire le drainage de l'articulation. Les auteurs discutent les résultats orthopédiques qui ne paraissent pas excellents mais sont justiciables d'une amélioration par ostéotomie faite secondairement.

Dix-huit cas de blessures de guerre au niveau de l'articulation coxo-fémorale. — M. Gérard-Marchant a observé toutes les lésions anatomiques possibles au niveau de la hanche ; dans 11 cas il y avait atteinte plus ou moins complexe du massif trochantérien ; dans les 7 autres observations les lésions siégeaient sur la tête ou sur la cavité cotyloïde. L'auteur n'a eu recours, qu'en dernier ressort à la résection de la hanche ; la première place doit être laissée au traitement orthopédique et en particulier à l'extension par broche.

Un cas atypique d'appendicite aiguë du nourrisson. — M. Graffin. — Rapport de M. Fèvre sur cette observation dans laquelle tous les signes cliniques sont ceux d'une invagination ; à l'intervention, aspect spacélique de l'appendice. M. Fèvre discute le diagnostic : appendicite aiguë ou invagination désinvaginée.

M. Pouliguen n'a observé que 3 ou 4 cas d'appendicite aiguë du nourrisson en trente ans de pratique ; il insiste sur l'intérêt de l'examen clinique de l'abdomen sans anesthésie générale.

M. Mondor rappelle que les auteurs américains estiment qu'une appendicite subaiguë est assez souvent à l'origine de certaines invaginations du nourrisson.

Réflexions nosologiques et thérapeutiques sur certaines tumeurs dites « mixtes » tirées de leurs sièges inaccoutumés. — MM. Welti et R. Huguenin rapportent ces deux observations intéressantes par le fait qu'il s'agissait d'épithélioma développé dans deux tumeurs mixtes dont l'une siégeait au niveau de l'aile du nez et l'autre au niveau de l'ampoule rectale ; ces tumeurs étaient encapsulées et les auteurs estiment que cet encapsulement jouerait un rôle dans l'évolution très lente de ces tumeurs.

Dans ces conditions on peut se demander si cette notion n'est pas la justification des exérèses limitées dans les tumeurs mixtes de la parotide ; dans 6 cas l'auteur a fait une énucléation suivie de bons résultats.

M. Veau rappelle tous les arguments qui doivent faire rejeter définitivement la théorie branchiale des tumeurs mixtes ; il faut réviser les notions actuelles sur le rôle pathogène des inclusions embryonnaires.

M. Moulonguet croit en effet que les tumeurs branchiales n'existent pas ; l'origine glandulaire des tumeurs mixtes n'est d'ailleurs pas prouvée.

Morsure du doigt. Examen histologique de la pièce. — M. Braine.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juin 1941

Volumineuse bulle aérienne sous-pleurale simulant un pneumothorax partiel du sommet droit. — MM. Julien Marie, J. Gerbaux et R. Depierre. — Homme de 33 ans, présentant un aspect radiologique pulmonaire comparable à celui d'un pneumothorax partiel du sommet droit. Après création d'un pneumothorax explorateur, la collection gazeuse apicale apparaît séparée de la cavité pleurale par une fine ligne bordante. Cette vésicule aérienne paraît correspondre à la bulle interstitielle sous-pleurale.

Les auteurs déclarent que le diagnostic de pneumothorax spontané partiel ou total, est toujours faux et insistent sur l'utilité du pneumothorax explorateur, pour reconnaître le siège des collections aériennes intrathoraciques.

Pleurésie primitive à Bacillus fusiformis. — MM. A. Laporte, J. Bourgeois et H. Brocard. — Observation de pleurésie purulente apparue chez un homme de 46 ans sans passé pathologique pulmonaire. Le début se fit par un point de côté très violent. Puis, après un premier épisode assez bâtard, se produisit une détente suivie d'une reprise plus sévère. La symptomatologie fut celle d'une pleurésie purulente à grand épanchement. Le liquide de cette pleurésie contenait à l'état de pureté un *B. fusiformis*. Après pleurotomie, l'évolution parut favorable, mais le malade obèse succomba au bout de trois mois à la suite d'eschares. Les auteurs insistent sur le caractère primitif de cette pleurésie et sur sa nature bactériologique : cette observations apportant un document en faveur du rôle pathogène du *B. fusiformis*.

Bactériémie d'origine dentaire à Fusobacterium biacutum. — MM. A. Laporte, H. Brocard et Mme Bouvier. — Apparition chez un garçon de 15 ans d'un syndrome infectieux subaigu caractérisé par une fièvre modérée et une anémie notable, consécutif à une infection dentaire latente. Au cours de cet état, une hémoculture anaérobie permit de capter le passage d'un germe que les auteurs ont identifié au *Fusobacterium biacutum* décrit dans la flore de l'appendicite aiguë.

Cette observation illustre le rôle des anaérobies dans les infections d'origine dentaire et montre l'utilité des hémocultures.

Effets cliniques et biologiques de l'acétate de désoxycorticostérone dans un cas de maladie d'Addison. — MM. E. Donzelot, L. Justin-Besançon, R. Cachera et P. Barbier. — Sur l'action de l'hormone corticale synthétique, employée seule ou avec le chlorure de sodium, contre les manifestations cliniques et biologiques de l'insuffisance surrénale.

Cette action s'est révélée puissante sur le poids, la pression artérielle et l'équilibre minéral. Le relèvement de la pression artérielle est très accentué, mais lent à apparaître.

La désoxycorticostérone s'oppose à la déperdition urinaire de sodium qui caractérise l'insuffisance surrénale. Il existe une dissociation entre l'élimination chlorée et celle du sodium ; dans l'état d'insuffisance surrénale, le sodium s'échappe plus que le chlore ; la désoxycorticostérone amène le fait inverse : la rétention du sodium est alors plus forte que celle du chlore.

Des accidents sont venus interrompre le traitement : œdèmes périphériques, crises d'œdème aigu du poumon, apparition d'un rythme de galop. La malade succomba peu de temps après dans une crise d'insuffisance surrénale aiguë.

Les mouvements de l'eau dans la maladie d'Addison et au cours de son traitement hormonal. — MM. R. Cachera et P. Barbier dans le cas de maladie d'Addison précédente, ont mesuré les changements de la répartition de l'eau dans l'organisme tant au cours de l'insuffisance surrénale que de sa correction hormonale thérapeutique (acétate de désoxycorticostérone).

Une crise de diurèse a été observée dans deux circonstances : au moment où l'hormonothérapie est instituée et lors de sa suppression. La première élimine surtout le potassium, la seconde le sodium. Le poids a subi des variations rapides et de grande amplitude qui traduisent des échanges d'eau. Il a baissé plus rapidement lors d'une suspension de traitement. Fait caractéristique, le poids est capable d'augmenter sans chloruration associée, et de baisser malgré l'ingestion de sel.

Le sang présente d'importantes modifications hydriques. Mais la dilution du sang ne donne elle-même qu'une notion insuffisante des variations absolues du volume plasmatique.

En somme, les résultats concordants suivants ont été observés : en dehors du traitement, le poids était très abaissé, le volume sanguin réduit, la masse liquide interstitielle diminuée. Dès les premières injections de désoxycorticostérone, la hausse rapide du poids, la dilution sanguine, l'augmentation de volume du sang circulant, l'accroissement des liquides interstitiels démontrèrent que l'action de l'hormone synthétique tend à rétablir l'équilibre hydrique bouleversée par la maladie d'Addison.

Gravité actuelle de la tuberculose infantile. — MM. Pierre Bourgeois et R. Didier ont étudié le pourcentage des formes graves de tuberculose comparativement en 1937-1938 et en 1941. Ce pourcentage qui était de 15 % en 1937 et de 8 % en 1938 est de 45 % en 1941. Deux faits expliquent cette augmentation de gravité : la situation de famille et la profession du père, chômeur ou exerçant une profession à bas salaire.

Infarctus du myocarde consécutifs à des embolies pulmonaires. — M. Donzelot.

Pneumonie tuberculeuse mortelle. Hypersécrétion bronchique terminale. — M. P. Ameuille, Mme A. Dauphin, M. J.-S. Bourdin. — Observation de deux pneumonies tuberculeuses mortelles en quelques semaines, terminées, alors qu'elles paraissaient en amélioration sous l'influence du pneumothorax artificiel, par un sorte de coma anoxémique, attribuable à une crise d'hypersécrétion bronchique. Les auteurs signalent la fréquence des pneumonies tuberculeuses graves actuellement. La mort paraît due à une crise d'hypersécrétion bronchique, tout le système bronchique du côté de la pneumonie et la partie inférieure de la trachée, étant oblitérées par un caillot de mucus cohérent et visqueux. Ils rapprochent ce fait de cas où la mort a paru attribuable à un œdème aigu du poumon, et se demandent, si, dans ce cas, il s'agissait d'œdème par transsudation alvéolaire, ou d'une crise d'hypersécrétion bronchique, produisant un liquide très dilué, très fluide, capable de submerger la surface respiratoire.

Ils envisagent, en outre, la possibilité d'une action thérapeutique d'urgence, consistant en une broncho-aspiration rapide suivie d'un traitement asséchant d'hypersécrétion bronchique

Séance du 13 juin 1941

Utilisation des projections d'ions et des champs microélectriques en thérapeutique. — MM. Charles Flandin et Luc Van der Elst. — Etude et mise au point de dispositif nouveau, permettant d'agir sur les tissus par projection d'ions négatifs ou positifs empruntés à l'atmosphère sous l'action simultanée de champs micro-électriques.

Les auteurs ont utilisé un appareil construit avec le concours de P. Toulon par Luc Van der Elst en 1936. Ce dernier, après avoir étudié l'influence des hélions sur le sérum sanguin, réussit expérimentalement à modifier le PH tissulaire et le potentiel d'oxydo réduction dans les tissus par bombardements ioniques.

L'effet de ces actions électriques est de régulariser les échanges tissulaires et d'exciter la mitogénèse cellulaire.

La cicatrisation des plaies, la désinfection des tissus par exaltation de la défense cellulaire, la modification des organes endocriniens, sont les plus importantes indications de la méthode étudiée.

Thrombophlébite surhémorroïdaire et hémorragie rectale. — M. P. Hillemand. — Trois observations de l'accident rare décrit par André Cain sous le nom de thrombophlébite surhémorroïdaire du rectum ; après avoir rappelé les signes fonctionnels de cette affection, l'auteur insiste sur les renseignements fournis par le toucher rectal, qui laisse sentir un cordon induré, partant de la partie inférieure du rectum, remontant le long de l'ampoule. La constatation de ce cordon permet d'affirmer le diagnostic de la lésion.

Avenir d'un sujet considéré en 1932 comme « porteur convalescent de bacilles de Koch ». — MM. Rist, Davy et Jean Levaditi. — Observation d'un jeune homme qui, après une pleurésie fibrineuse tuberculeuse, a conservé pendant longtemps une élimination minime de bacilles décelables par épreuve d'inoculation au cobaye. Dans les poumons, aucune lésion radiologique évidente. Après quatre années de bonne santé apparente, ce sujet fit plusieurs épisodes de tuberculose pulmonaire avec des lésions visibles vite résorbées au début, mais devenues permanentes ultérieurement. En réalité, la présence de bacilles dans l'expectoration implique toujours l'existence d'une lésion tuberculeuse ouverte pouvant siéger dans une région radiologiquement inexplorable du poumon ou sur la muqueuse d'une grosse bronche.

Pleurésie purulente à bacilles fusiformes. — MM. P. Pruvost, E. Hautefeuille et H. Brocard. — Observation de pleurésie purulente primitive à *B. fusiformis* pure chez un homme de 41 ans. Le début fut progressif, se faisant par trois épisodes échelonnés sur deux mois, au cours desquels on a pu suivre la transformation vers la purulence du liquide d'abord séro-fibrineux. Guérison après pleurotomie.

Etude de l'état intellectuel d'une douzaine de P. G. au moyen du test de Termon. — Mmes Roudinesco et Canivet. — On constate l'intensité des troubles de l'attention et de la mémoire immédiate constrastant avec l'intégrité relative de la mémoire des connaissances acquises de longue date. Ce fait explique l'automatisme des P. G. qui restent longtemps capables d'exercer leur métier.

Urticaire hyperfolliculinique de la puberté. — MM. Robert Clement et J. Riant. — Une urticaire intense a évolué chez une jeune fille pendant trois ans avec des poussées avant les règles et au début de celles-ci. Elle était apparue à la puberté et s'accompagnait d'un syndrome hyperfolliculinique : menstrues abondantes et de durée prolongée, gonflement thyroïdien avec tachycardie et métabolisme basal diminué, hyperséborrhée, acné, sudations, troubles vaso-moteurs, troubles psychiques et du caractère. La guérison complète n'a été obtenue que par la prise régulière, chaque mois et en temps opportun, d'hormone mâle.

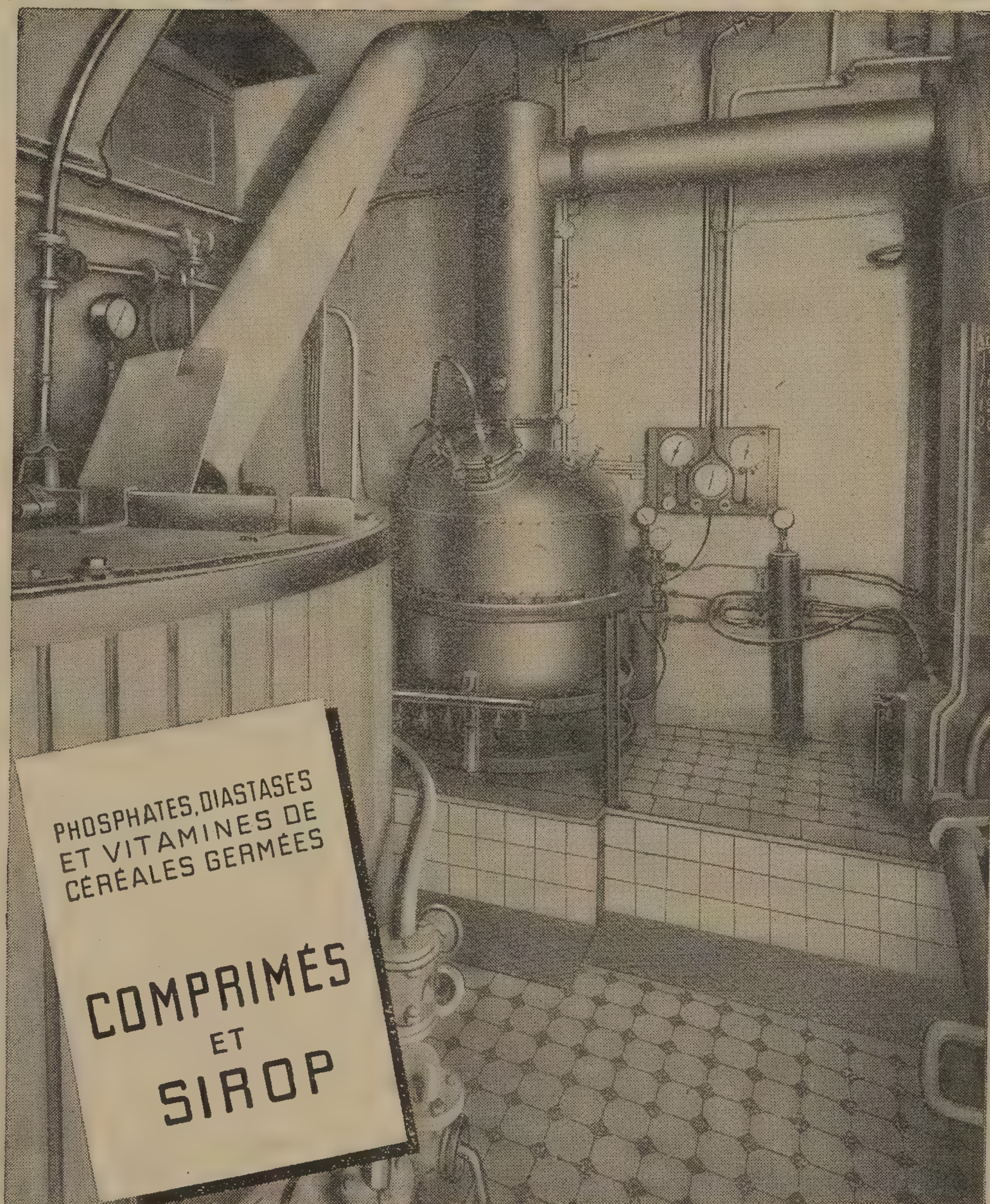
Cette urticaire doit être attribuée au déséquilibre endocrinien de la puberté.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 16 février 1941

Le souffle continu cave supérieur. — M. C. Lian. — La compression de la veine supérieure peut entrainer l'apparition d'un souffle continu à renforcement systolique. Ce souffle très intense et rude a son foyer maximum dans les deuxième et troisième espaces intercostaux droits près du sternum. La propagation est élective dans l'hémithorax droit. Cette description est basée sur les caractères du souffle observé pendant plusieurs années dans trois cas d'aortite syphilitique avec anévrysme ou médiastinite et syndrome de compression de la veine cave supérieure. A titre exceptionnel un souffle analogue peut être dû à l'ouverture d'un anévrysme aortique dans la veine cave supérieure. On reconnait cette éventualité à la soudaineté d'apparition du souffle et des signes de compression cave supérieure ainsi qu'à la marche rapide vers la terminaison fatale. Si le souffle continu cave supérieur paraît être une curiosité, c'est en partie parce qu'il est rare, en partie aussi parce qu'il est confondu de temps en temps avec un double souffle aortique. Il est donc probable qu'après cette description du souffle continu par compression cave supérieure, ce phénomène stéthacoustique deviendra moins rare et prendra définitivement place dans la sémiologie cardio-vasculaire.

Cardiopathie organique et hypothyroïdie. — M. Ch. Aubertin. — A côté du cœur myxœdémateux pur, type Zondek, il faut faire une place à des affections organiques coexistant avec une hypothyroïdie. Chez notre malade, il y avait une lésion aortique compliquée d'insuffisance mitrale et de grande dilatation cardiaque avec troubles du rythme; par ailleurs, l'hypothyroïdie était nette, mais sans myxœdème typique. Le traitement par la thyroxine, en ramenant le métabolisme aux environs de la normale,


PHOSPHATES, DIASTASES
ET VITAMINES DE
CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
ET
SIROP

fit disparaître les troubles du rythme et améliora notablement les anomalies électrocardiographiques du type myxœdémateux que présentait la malade. Il est à remarquer que, malgré l'importance de la dilatation cardiaque et la présence d'une lésion organique ancienne, il n'y avait pas d'insuffisance cardiaque vraie, comme dans le cœur myxœdémateux du type Zondek.

Kystes hydatiques multiples du cœur. — MM. R. Moreau et G. Boudin. — Les auteurs rapportent l'observation d'un jeune Corse de 29 ans qui, opéré en 1935 d'un kyste hydatique du foie, présente, dans les semaines qui suivent l'opération, des palpitations, de la dyspnée, avec, à l'examen clinique et radiologique, un gros cœur. En 1938 apparait une asystolie irréductible liée à un cœur énorme avec, radiologiquement, une déformation curviligne de son bord gauche et une ombre arrondie d'allure kystique sur son bord droit, faisant penser à un kyste hydatique du cœur. Le malade meurt subitement. A l'autopsie on trouve une ecchinococcose secondaire du péricarde et trois kystes hydatiques dans le cœur, l'un bourré de vésicules filles, gros comme une tête d'enfant siégeant dans l'oreillette gauche, un deuxième, analogue, presque aussi gros, dans l'oreillette droite, et un troisième en involution spontanée en plein myocarde au niveau de la cloison interventriculaire dans sa partie inférieure. Les auteurs considèrent comme primitif le kyste de l'oreillette gauche. Ils discutent le mécanisme de la mort subite ainsi que l'interprétation de certains symptômes cliniques ou radiologiques après le contrôle anatomique.

Sur la pathogénie des infarcissements myocardiques avec ou sans thrombose coronarienne. — M. E. Donzelot rappelle que dans sa monographie consacrée en 1931 à l'infarctus du myocarde, il avait déjà signalé que l'oblitération coronarienne n'est pas fatalement suivie de l'éclosion d'un infarctus et qu'inversement il n'est point nécessaire qu'il y ait obstruction coronarienne pour qu'il y ait infarctus.

Reprenant aujourd'hui ce second point, il pense pouvoir confirmer que le facteur primordial de l'infarcissement est le trouble vaso-moteur. Quant à la thrombose coronarienne, elle est contingente et elle ne représente très vraisemblablement qu'une complication de la perturbation vaso-motrice.

Etudiant le trouble vaso-moteur, il montre que son existence est expérimentalement prouvée d'une manière indiscutable. Il insiste sur le terrain de la sclérose et de l'athérome avec ses conditions neuro-humorales spéciales encore mal connues.

La perturbation neuro-végétative trouve en général son origine dans les altérations aortico-coronariennes, mais elle peut également provenir de l'appareil pulmonaire, de l'encéphale, du système mésentérique, etc.

Les lésions produites au niveau du myocarde sont de type hémorragique ou, ce qui est fréquent, de type séro-hemorragique.

La thrombose coronarienne, quand elle se produit semble bien résulter de raptus hémorragiques se produisant à la base de plaques athéromateuses (Paterson) et devenan le point de départ du caillot d'oblitération. Or, il est possible que ces raptus hémorragiques relèvent eux-mêmes de la perturbation vaso-motrice qui constitue donc le trouble de base de tout le syndrome.

Les syndromes cliniques et électriques étant les mêmes, qu'il y ait thrombose ou non, ils traduisent donc certainement les altérations myocardiques et non coronariennes. Dans ces conditions, les seuls termes corrects pour désigner ces syndromes sont ceux d'infarcissement ou d'infarctus du myocarde, tous les autres termes sont inexacts.

A propos du pronostic de l'anévrysme cardiaque pariétal. — M. Clerc présente l'observation d'un homme de 68 ans qu'il avait examiné, le 23 décembre 1930, après une crise violente de douleurs rétrosternales avec déformation accentuée des complexes électriques et d'un ensemble clinique évocateur d'un infarctus du myocarde. Peu de temps après, l'examen radiographique montre la présence d'un bombement du bord ventriculaire gauche, limité par une encoche et permettant de porter le diagnostic d'anévrysme cardiaque pariétal. Cette déformation s'accentue dans la suite ; pourtant les troubles subjectifs s'atténuèrent et, actuellement, le malade peut aller et venir, menant une vie active et ne ressentant que de temps à autre une vague gêne précordiale ; pourtant les complexes ventriculaires électriques restent anormaux et sur les clichés radioscopiques la tuméfaction cardiaque est maintenant limitée par une ligne épaisse et opaque, témoin d'une calcification. A mesure que s'est fait plus précoce et plus exact le diagnostic clinique de l'anévrysme pariétal du cœur (et cela surtout grâce à l'utilisation systématique de la radiographie) relativement nombreux sont devenus les cas où la lésion était tolérée d'une manière souvent remarquable, mais il en est peu dans lesquels une survie aussi longue (10 ans) ait été constatée et ait permis une surveillance aussi continue.

Complexes auriculaires normaux et extrasystoliques enregistrés par dérivation œsophagienne. — MM. L. Deglaude et M. Emam-Zadé. — Cas de dissociation auriculo-ventriculaire, avec extrasystoles auriculaires, qui met en évidence tout l'intérêt de la dérivation œsophagienne dans l'étude de la phase auriculaire de l'E. C. G. Malgré la dilatation apparente de l'oreillette droite, marquée sur la radiographie par une saillie de l'arc inférieur droit, les dérivations parasternales droites fournissent des ondes P. peu différentes de celles des dérivations conventionnelles. La dérivations œsophagienne, par contre, montre des complexes auriculaires normaux très détaillés avec ondes rapides et onde T a. Les extrasystoles auriculaires s'inscrivent sous l'aspect de complexes amples et déformés, analogues à des complexes ventriculaires extrasystoliques. Une analyse approfondie des complexes auriculaires hétérotopes permet, en outre, de déterminer avec précision l'origine gauche des extrasystoles et d'en situer le point de départ à la partie postéro-inférieure de l'oreillette gauche.

Variation paradoxale de l'onde T. — M. François Joly. — Chez une jeune femme de 27 ans, soumise pour un état confusionnel à un traitement par l'insuline qui détermine chaque fois un coma profond, un électrocardiogramme montre une onde T 2 négative et une onde T 4 positive. Une injection intraveineuse de Cardiozol détermine une inversion de T 2, qui redevient positive et de T 4 qui devient négative. Après une dizaine de chocs analogues, le tracé électrique reste normal et encore trois ans après l'état cardiaque reste apparemment normal. Certains faits, comme le dernier, montrent que l'inversion de T 2 et T 4 n'ont sans doute pas toujours la fâcheuse signification qu'elle comporte dans la règle.

Résultats opératoires sur quelques cas de néphrites. — M. D. Routier. — Huit malades atteints de néphrites diverses, avec et sans hypertension, avec et sans azotémie, ont été soumis au traitement chirurgical. Quatre ont subi une néphroomentopexie, greffe de l'épiploon au rein non décapsulé, ayant pour but de créer une vascularisation supplémentaire ; les quatre autres ont subi des sections nerveuses sympathiques péri-rénales (splanchnotomie, section de la corne externe du semi-lunaire, ablation du ganglion aortico-rénal) et une décapsulation. Cette opération avait pour but d'entraîner une vaso-dilatation dans le territoire rénal. Le résultat objectif, tant circulatoire que fonctionnel rénal a été nul. Toutefois, on a enregistré dans plusieurs cas une détente subjective d'une certaine durée. Les circonstances de ces deux dernières années ayant souvent rompu les observations des malades, ainsi que la collaboration avec les chirurgiens, les opérations n'ont été, la plupart du temps, qu'unilatérales, alors que, théoriquement, les deux reins devraient être opérés. Malgré l'échec du résultat opératoire, le traitement chirurgical doit être pris en considération ; il est d'une inocuité absolue, sans aucun danger, non choquant ; il satisfait l'espoir de malades déçus par une thérapeutique médicale inopérante, sévère et pénible par le martyre des régimes ; il leur procure souvent un répit de mieux subjectif ; enfin, l'évaluation directe du rein sur la biopsie est un avantage d'une incontestable utilité.

Etude comparative et statistique des aspects radiologiques des mitraux et de leurs rapports avec la séméiologie clinique et électrique (d'après 416 cas). — MM. Heim de Balzac et G. Husquin. — Les auteurs étudiant 416 cas d'endocardites mitrales rhumatismales de divers types, les classent d'après l'aspect radiologiques de leurs silhouettes. Ils observent 12 % de silhouettes normales ou subnormales, 9 % de silhouettes « piriformes », 9 % de silhouettes en « gland de chêne à pointe pointue ». Les silhouettes en « gland de chêne à pointe convexe et les silhouettes triangulaires petites et grosses comprennent 57 % des cas, les silhouettes compliquées (mitrales et aortiques, mitrales et tricuspidiennes, symphyses) s'élèvent à 10 % des cas. Comparant alors les signes cliniques, radiologiques et électriques, des malades de ces diverses catégories, les auteurs résument leurs observations en un tableau dont la simple lecture permet de suivre l'évolution progressive de l'affection et une correspondance frappante entre l'aggravation des signes fonctionnels et généraux et l'altération progressive de la silhouette cardio-vasculaire. Les modifications électriques confirment ces données.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 24 mai 1941

Vitamine A du sang et héméralopie chez les cirrhotiques. Effets des surcharges en vitamine A. — MM. N. Fiessinger, H. Torres et A. Gasnier ont su que chez des cirrhotiques l'héméralopie est constante, mais non proportionnelle au degré d'hipovitaminémie. Après surcharge en vitamine A, l'amélioration visuelle est inconstante et sans rapport avec l'élévation considérable de la vitaminémie.

Troubles électrocardiographiques dans l'intoxication aiguë par le gaz d'éclairage. — MM. Loeper, Jean Cottet et André Varay ont pu provoquer chez plusieurs cobayes une anomalie de l'onde T, qui prend parfois naissance sur la branche descendante RS, et parfois même une véritable dissociation. Ces troubles, fugaces, semblent tenir à une simple imprégnation du myocarde ou à un défaut passager de son irrigation.

L'azotémie expérimentale dans l'intoxication aiguë par le gaz d'éclairage. — MM. Loeper, Jean Cottet, Varay et Tanasesco ont reproduit l'azotémie qu'ils avaient constatée, parfois très élevée, chez l'homme. Les lésions rénales constatées sont surtout congestives et parfois œdémateuses, et l'œdème peut siéger avec élection sur la pyramide et comprimer les tubes du rein.

Variation de sensibilité médullaire après section unilatérale du sciatique chez le cobaye. — M. et Mme A. Chauchard et M. Paul Chauchard montrent qu'après section d'un sciatique, les effets de la dépression atmosphérique ou de l'hyperoxie sur l'excitabilité motrice de la patte opposée, sont inversés. Il s'agit là d'une diminution de sensibilité médullaire en rapport avec la lésion. La section d'un nerf important apporte donc de notables perturbations au fonctionnement nerveux.

Remarques à propos de la floculation dans les mélanges de « précipitogène » et d'anticorps précipitant. Les protéines animales. — M. G. Ramon montre que l'anticorps non seulement est marqué du cachet de l'organisme producteur, mais encore porte l'empreinte de l'antigène et de ses qualités physico-chimiques, ce qui lui permet de « s'adapter » exactement à cet antigène dans la réaction de floculation.

Etude, au moyen de la méthode de floculation, de la production, chez le lapin et chez le cheval, des anticorps précipitant les protéines sériques d'espèce étrangère. — MM. G. Ramon et R. Richou ont mis en évidence avec facilité et précision, grâce à la floculation, la production abondante d'anticorps que l'on peut obtenir chez le cheval lorsque l'on met en œuvre le complexe spécifique antigène-anticorps additionné de substances adjuvantes.

Présence et répartition de l'hormone cortico-surrénale dans l'organisme. — MM. A. Giroud, R. Ratsimamanga et H. Chalopin recherchant l'hormone corticale dans les divers organes, ont vu que l'hormone était présente dans tous les tissus, mais en très petite quantité par rapport à celle qui existe dans la cortico-surrénale. Les organes les plus riches sont le corps jaune et l'hypophyse. La présence de l'hormone dans le sang permet d'entrevoir certaines applications cliniques.

Modifications des effets vasculaires de la papavérine par certains poisons du système autonome. — M. M. Bariéty et Mlle D. Kohler montrent que les effets hypotenseurs des petites doses de papavérine sont augmentés notablement par l'administration préalable de sympathomimétiques ; faiblement par la cocaïne et le J. L. 408 et les sympatholytiques. L'éphédrine perd la faculté d'augmenter l'hypotension papavérinique après cocaïne ou J. L. 408 ; elle la conserve après atropine.

Sur la dose anesthésique de chloralose chez le chien. Sa proportionnalité à la puissance des deux tiers du poids de l'animal. — M. L. Parrot montre que cette dose est proportionnelle à la puissance des 2/3 du poids de l'animal. Les doses équivalentes d'un grand nombre de substances seraient aussi proportionnelles à la puissance des 2/3 du poids et ainsi au métabolisme de base et à la masse sanguine.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 20 mai 1941

A propos du procès-verbal. — MM. Armand-Delille et Lestocquoy signalent l'existence d'un appareillage radiologique permettant de faire en série à une cadence rapide des radiographies de petit format dont le prix de revient est peu élevé. Cet appareil paraît appelé à rendre les plus grands services dans les collectivités.

Chancre d'inoculation tuberculeux de la vulve chez une fillette de 12 ans. — MM. Levesque, Degos, Perrot et Mme Joussemet présentent un remarquable moulage de cette lésion, caractérisée par une ulcération entourée de granulations avec adénopathie satellite. Après de nombreuses hésitations, le diagnostic a pu être fait par une biopsie de l'ulcération et par la découverte du bacille de Koch dans le pus du ganglion.

Un cas de brachyœsophage chez un nourrisson. — M. Rossier presente un nouveau cas de brachyœsophage observé chez un nourrisson de deux mois. Il insiste sur l'abondance des vomissements qui pouvaient en imposer pour une sténose du pylore. Mais l'examen radiologique leva tous les doutes en montrant des signes identiques à ceux décrits par MM. Lelong, Aimé et Aubin. Il signale, enfin, la remarquable efficacité thérapeutique de la position verticale.

Paralysie générale infantile. Paralysie générale et tabès juvéniles. — MM. Heuyer, Hurez et Combes présentent deux fillettes atteintes toutes deux de paralysie générale avec démence simple comme il est de règle chez l'enfant.

Chez la première d'entre elles, d'un niveau mental jusque-là normal, la régression de l'intelligence commença vers 11 ans, en même temps qu'apparaissait de la dysarthrie et qu'on constatait l'inégalité, l'irrégularité et la rigidité pupillaires. Toutes les réactions du liquide céphalo-rachidien étaient positives. Aucune étiologie n'a été retrouvée.

La seconde, actuellement âgée de 18 ans, est tabétique et présente depuis quatre ans des troubles psychiques et de la dysarthrie. Son niveau mental avoisine 8 ans. Le Wassermann est positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. On trouve enfin déjà chez sa mère un signe d'Argyll-Robertson.

Toutes deux ont été impaludées sans résultats et sont actuellement traitées par le stovarsol.

Maladie de Ménière chez un enfant de 12 ans. Section intracranienne du nerf auditif. Guérison. — MM. Marcel Ombrédanne et Aubry présentent leur premier cas d'intervention chez l'enfant avec guérison maintenue depuis trois ans.

C'est un garçon de 12 ans atteint depuis six ans de crises vertigineuses rotatoires avec nausées, vomissements, surdité gauche, céphalée frontale, auxquelles s'ajoutaient des signes particuliers, nystagmus gauche, adiadococinésie, Romberg, etc. Après échec des traitements médicaux, et devant l'aggravation progressive des crises, ils opérèrent l'enfant, vidant des kystes arachnoïdiens trouvés au cours de l'intervention, réséquant une arachnoïdite adhésive et sectionnant le nerf auditif.

Les suites opératoires furent très simples : tous les signes précédents ont disparu dans le mois qui suivit. Cet enfant se maintient en parfait état de guérison.

Traitement du pied convexe valgus congénital. — M. Leveuf présente un cas de cette malformation complexe caractérisée par l'interposition d'un astragale long et vertical entre un arrière-pied en équinisme et un avant-pied en talus valgus. Ce ce fait, la semelle plantaire est convexe et la malformation est d'emblée irréductible.

Chaque pied a été opéré en deux temps : l'avant-pied a été corrigé par allongement ou section et transplantation des tendons extenseurs et péroniers latéraux. On fit ensuite une résection de la tête et du col de l'astragale et enfin une correction de l'équinisme par allongement du tendon d'Achille.

Le résultat est très satisfaisant.

Nœvus étendu à la moitié du corps avec allongement du membre inférieur. — M. Lance présente un enfant atteint de ce syndrome qui se rapproche de celui décrit en 1900 par Klippel et Trenaunay et dont il a déjà rapporté deux cas. Il en diffère par l'absence de varices et par le fait que l'hypertrophie ne porte que sur le squelette, allongé de 4 cm., à l'exclusion des parties molles.

Il insiste sur l'indépendance des éléments du syndrome de Klippel et Trenaunay et sur la fréquence des formes irrégulières et incomplètes.

Dacryocystite tuberculeuse, lésion primitive et porte d'entrée du virus, dite « chancre d'inoculation ». — MM. R. Clément, M.-A. Dolfus et Mme Provendier présentent deux enfants de 10 ans et 3 ans et demi, atteints de dacryocystite chronique fistulisée compliquée d'adénopathie sous-maxillaire. La biopsie et la ponction du ganglion ont permis le diagnostic de tuberculose. Il n'y a aucune autre localisation de la maladie et la cuti-réaction vient de virer. On peut donc considérer cette lésion lacrymale comme un véritable chancre d'inoculatioin .

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

Séance du 20 mai 1941

M. Fanton d'Andon fait adopter un vœu tendant à faire attribuer aux médecins la **Carte d'alimentation des travailleurs.**

M. Dally fait également adopter un vœu résumant la discussion du 13 mai sur la **Statistique sanitaire.**

M. Veloppé donne lecture d'une communication relative aux **Brucelloses animales.**

Séance du 27 mai 1941

Code de déontologie. — Sur la demande du Secrétariat général à la Santé et de l'Ordre national, une commission est désigné à l'effet de rechercher les modifications à apporter au Code de déontologie.

Education physique. — M. Jullien donne lecture d'une communication sur *une conception biologique et médicale de l'éducation corporelle de la jeunesse.*

M. Dally fait ressortir le rôle éminent de l'instituteur dans l'éducation physique, rôle qui en fait un des agents les plus utiles de la santé nationale.

M. Rouèche signale l'insuffisance actuelle non seulement des terrains de jeu, mais même des cours de récréation des écoles urbaines, où se pratique actuellement l'éducation physique.

Lait. — M. Thieulin communique un travail documenté sur le contrôle hygiénique du lait à la consommation.

LIVRES NOUVEAUX

L'Ordre des Médecins (conférence faite à « Rive gauche » le 15 mars 1941) par M. le Dr DESMAREST, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Masson et Cie, éd. Paris 1941.

Récemment, M. Desmarest, dans une conférence remarquable, étudia l'Ordre des Médecins, l'historique de sa création, la nécessité et les conditions essentielles de son fonctionnement.

« Noblesse et justice, disait-il, telles sont les bases sur lesquelles doit reposer l'Ordre des Médecins ». Sa création n'est pas due « à la secousse » ni « au choc que fut notre défaite ». Il y a plus de cent ans que des efforts furent faits dans notre pays pour donner à la corporation médicale les cadres et les règles nécessaires à sa dignité.

La France cependant s'est laissée distancer par les autres pays. Si l'Asssociation générale des Médecins de France, puis les Syndicats essayèrent de réglementer notre profession, ce n'est qu'en 1923 que la notion de l'Ordre des Médecins reçut une forme légale avec le projet présenté à la Chambre des Députés par M. Xavier Vallat.

Puis le projet tomba dans l'oubli pour être repris en 1928 par Xavier Vallat en même temps que par le professeur Balthazard, à l'Académie de Médecine.

Cependant *l'Angleterre* possédait depuis 70 ans un *General Medical Council; l'Espagne* avait depuis 24 ans le *Collegio de Medicos, l'Allemagne* depuis 1926, *les Pays-Bas* depuis 1928, *l'Italie* depuis le fascisme, *la Belgique* depuis 1938, si nous ne nous trompons, avaient déjà des Ordres.

Partout donc on avait senti la nécessité de donner une « discipline médicale professionnelle » lorsque, le 7 octobre 1940, fut décidée, en France, la création de l'Ordre.

M. Desmarest étudie quel est et quel devrait être son fonctionnement, il pose la question des médecins étrangers, celle des médecins juifs et parle des dérogations en faveur de ceux qui ont honoré ou servi leur pays. Il consacre ensuite d'excellentes pages à l'organisation de l'Ordre, au code déontologique, au serment, à la réforme des études médicales, à la pléthore, à la réforme des lois fiscales qui écrasent le jeune médecin, à la réforme de la patente.

Il faut lire cet brochure, elle montre ce que doit être la *Corporation médicale*, les services qu'elle peut rendre à l'Etat, aux individus et aussi à la dignité de notre profession.

F. L. S.

La médecine et les Juifs selon les documents officiels, par le Dr Fernand QUERRIOUX. Un vol. 10 francs. Nouvelles Editions Françaises, Paris, 1941.

Notre confrère, le Dr Querrioux, n'a jamais cessé de dénoncer, non sans un véritable courage, le scandale des équivalents puis celui des naturalisations hâtives qui ont encombré et trop souvent démoralisé notre profession. Le livre qu'il voulait bien nous adresser il y a quelques semaines est un nouvel avertissement. Sa lecture s'impose à tous les médecins français et surtout à ceux qui ont la tâche redoutable et ingrate de regrouper et de diriger la corporation médicale de France.

INFORMATIONS

(suite de la page 518)

— *Vendredi 4 juillet*, 16 heures, M. Odinet : Le thymus, ses fonctions, sa pathologie ; l'opothérapie thymique et ses indications ; 17 h. 15, M. Saint-Girons : Les pyuries et les colibacilluries du nourrisson. — *Samedi 5 juillet*, 16 heures, M. Janet : L'acrodynie ; 17 h. 15, M. le Prof. Lereboullet : la diphtérie du nourrisson et sa prophylaxie. — *Lundi 7 juillet*, 16 heures, M. Benoist : L'eczéma du nourrisson ; 17 h. 15, M. Baize : La chaleur et le nourrisson. — *Mardi 8 juillet*, 16 heures, M. Chabrun : Le scorbut infantile. Ses formes larvées et son traitement ; 17 h. 15, M. Huber : Le placement de l'enfant malade hors de la famille. — *Mercredi 9 juillet*, 16 heures, M. Jean Lereboullet : Les tumeurs cérébrales chez l'enfant ; 17 h. 15, M. Odinet : La sulfamidothérapie et la médecine infantile. — *Jeudi 10 juillet*, 16 heures, M. Lelong : Le nanisme rénal ; 17 h. 15, M. Gournay : le diabète sucré chez les jeunes enfants. — *Vendredi 11 juillet*, 16 heures, M. le Prof. Lereboullet : Le mongolisme et son traitement ; 17 h. 15, M. Bohn : L'organisation actuelle des collectivités de nourrissons et la lutte contre les infections. L'éducation du personnel. — *Samedi 12 juillet*, 16 heures, M. Joseph : Les œdèmes pulmonaires chez le nourrisson ; 17 h. 15, M. Detrois : Ce qu'il faut demander au laboratoire en médication du premier âge. — *Mardi 15 juillet*, 16 heures, M. le Prof. Lereboullet : Les anémies et les leucoses chez le nourrisson ; 17 h. 15, M. Merklen : Les cardiopathies congénitales. — *Mercredi 16 juillet*, 16 heures, M. Aimé : Ce qu'il faut demander à la radiologie dans le premier age ; 17 h. 15, M. Auzepy : Les encéphalites et les convulsions chez le jeune enfant. — *Jeudi 17 juillet*, 16 h., M. le Prof. Lereboullet : Le myxœdème infantile et son traitement ; 17 h. 15, M. Benoist : La néphrose lipoïdique chez l'enfant. — *Vendredi 18 juillet*, 16 heures, M. de Chaume : L'hygiène et la pathologie des dents de lait ; 17 h. 15, M. le Prof. Lereboullet : Les règles de la thérapeutique dans le premier âge.

Cours de pathologie expérimentale. — M. le Dr Lemaire, agrégé, fera une série de six conférences, à dater du mardi 24 juin, à 18 heures, au petite amphithéâtre.

Ces conférences se continueront les jeudi, samedi et mardi suivants, même heure, même lieu.

Enseignement des hôpitaux libres. — Le 10 juillet, à 18 heures précises, salle de réunions, 64, rue du Rocher (métro Villiers), M. Maurice Delort : *Les méthodes thérapeutiques en gastro-entérologie. Leurs contrôles d'efficacité.*

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux. — Clinique oto-rhino-laryngologique. — COURS DE PERFECTIONNEMENT du Professeur PORTMANN avec la collaboration de M. le Professeur agrégé J. Despons ; de MM. les Professeurs Dupérié, Jeanneney, Leuret, Papin, Réchou, Teulières ; de MM. les Professeurs agrégés Broustet, Delmas-Marsalet. Joulia ; de MM. les Docteurs Berger, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, Leduc, anesthésiste, Barraud, chef de clinique.

Ce cours aura lieu du lundi 7 juillet au samedi 19 juillet 1941.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin, pendant l'exécution, sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants : *la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développées avec un soin particulier.*

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de Médecine, à Bordeaux. Droit d'inscription : 300 francs.

Anniversaires

Lundi 16 juin 1941, une messe a été célébrée, à Saint-Sulpice, à la mémoire de notre vénéré maître, M. Armand Siredey, ancien président de l'Académie de Médecine, décédé, le 17 juin 1940, à l'hôpital Beaujon.

Le 17 juin 1941, les élèves et les amis de M. Siredey, sur l'initiative de la F. E. M. sont allés s'incliner sur sa tombe au cimetière du Père-Lachaise.

— Lundi dernier a été également célébré, à Saint-Sulpice, une messe en souvenir de notre regretté collègue, le Dr André Schaeffer, ancien interne des hôpitaux de Paris (1895), tombé à Blois, le 18 juin 1940.

— Enfin, dans cette semaine si remplie de douloureux anniversaires, notre pensée émue se reporte vers notre ami Thierry de Martel, chirurgien de l'hôpital américain à Paris, décédé le 14 juin 1940.

Nécrologie

Le médecin capitaine Victor Oumansky, mort pour la France le 18 juin 1940 dans la Haute-Saône.

Correspondance

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Dans une communication récente au Comité sanitaire de la région parisienne, dont vous avez publié le résumé (*Gaz. Hôp.*, no 47-48, p. 486, 2e col.), j'ai commis une erreur d'attribution, due à ce que, dans des domaines voisins, plusieurs membres de la famille Bertillon se sont acquis, par leurs travaux, des titres éminents. Mais il faut rectifier : c'est à Jacques Bertillon, chef de la Statistique de la ville de Paris, et ancien président de la Société de Statistique, que nous devons la Nomenclature Internationale des Causes de décès, adoptée par le Congrès de Chicago en 1893, et encore aujourd'hui en vigueur.

En m'excusant d'en avoir attribué l'initiative à son père, Louis-Adolphe Bertillon, je vous prie de trouver, ici, mes sentiments dévoués.

Ph. DALLY.

Liste des citations du corps de santé homologuées après revision

(*extraites du* Journal Officiel, *1er juin 1941 et suivants*) (1)

Abréviations. — A : Ordre de l'armée ; CA : Ordre du corps d'armée ; D : Ordre de la division ; B : Ordre de la brigade ; R : Ordre du régiment.

3e Régiment d'Infanterie Alpine. — Méd.-sous-lieut. Sansot, D ; lieut.-dentiste Weistroffer, D ; méd.-lieut. Ruding, B ; pharm.-lieut. Blancheri, B.

5e R. I. — Méd.-lieut. Petey et Cuvereaux, B ; méd.-aux. Boisneuf et Marinetti, B ; dent.-aux. Hache, B ; méd.-lieut. Millet, A ; méd.-aux. Michel, B.

6e R. I. — Méd.-aux. Fournier, R.

11e R. I. — Méd.-lieut. Bazeix et Clus, R.

14e R. I. — Dent.-aux. Manaux, B ; pharm.-s.-lieut. Alaux, B.

21e R. I. — Méd. aux. Bourmalo, A.

22e R. I. — Méd.-lieut. Cheirezy, B.

24e R. I. — Méd.-lieut. Naudet, R.

27e R. I. — Dent. aux. Dumontel R ; pharm.-lieut. Lamy, R ; méd.-lieut. Garnier, B ; méd.-aux. Duyzabo, B ; méd.-lieut. Dumont, B ; méd.-aux. Berille, R.

29e R. I. — Méd.-cap. Lartigue, D.

(*J. O.*, 1er juin 1941.)

31e R. I. — Méd.-lieut. Jamain, R.

35e R. I. — Méd.-sous-lieut. Guilleret, R ; dent.-aux. Ginot, R ; méd.-comm. Maulin, D ; méd.-lieut. Garnung, D ; méd.-lieut. Duriez, CA.

41e R. I. — Méd.-comm. Le Cars, D ; méd.-lieut. Brocard, R.

42e R. I. Fort. — Méd.-aux. Favier, R ; méd.-lieut. Massol, R ; méd.-lieut. Colin, CA ; méd.-comm. Sillie, D.

46e R. I. — Pharm.-lieut. Lefort, B ; méd.-lieut. Bargain, D.

56e R. I. — Méd.-aux. Jove, B ; méd.-aux. Carli, D ;

57e R. I. — Méd.-s.-lieut. Chaumelle, D.

59e R. I. — Méd.-lieut. Dor, CA.; méd.-aux. Sestier, D ; méd.-comm. Texier, B.

60e R. I. — Méd.-aux. Morin, D ; méd.-comm. Lacaze, B ; méd.-lieut. Moutet, A.

63e R. I. — Méd.-cap. Cantegrit, B.

64e R. I. — Méd.-lieut. Sauvain, A.

(*J. O.*, 5 juin 1941.)

65e R. I. — Méd.-lieut. Turon, D.

67e R. I. — Méd.-lieut. Busy, D ; méd.-aux. Périgois, D.

71e R. I. — Méd.-aux. Pirot, B ; pharm.-lieut. Brénogat, B ; méd.-cap. Bastard, D ; méd.-s.-lieut. Bandouin, D ; méd.-lieut. Quentel, D ; méd.-s.-lieut. Escolan, R.

78e R. I. — Méd.-cap. Duport, B ; dent.-lieut. Falaise, B ; méd.-aux. Darbon R et R ; méd.-lieut. Camena d'Almeida, R et D ; méd.-aux. Brignon, B ; pharm.-s.-lieut. Prouzat, R ; méd.-lieut. Quiller, R ; méd.-aux. Chargosset, R ; méd.-lieut. Colonna d'Istria, R ; dent.-lieut. Martine, B.

79e R. I. Fort. — Méd.-lieut. Ungerer, R.

80e R. I. — Méd.-lieut. Alexandre, R ; dent.-lieut. Peron, A.

81e R. I. — Méd.-asp. Bethoux, D ; méd.-cap. Devy, D ; méd.-lieut. Mandoul, B ; méd.-lieut. Berthezène, B ; méd.-lieut. Blancard, B.

86e R. I. — Méd.-s.-lieut. Lepetit, R ; méd.-lieut. Ducros, R ; méd.-s.-lieut. Gallaud, R ; méd.-aux. Bernard, R ; méd.-cap. Meyruels, R ; dent.-s.-lieut. Corre, R.

90e R. I. — Méd.-aux. Trapez, CA ; méd.-cap. Massonié, CA.

92e R. I. — Méd.-s.-lieut. Michel (Antoine), A ; méd.-lieut. Auroy, R.

93e R. I. — Méd.-cap. Tête, A ; méd.-aux. Cordier, R.

94e R. I. — Méd.-aux. Renondeau, R.

(*J. O.*, 9 juin 1941)

(*A suivre.*)

(1) Ces listes seront complétées au fur et à mesure des homologations qui, pour certains corps, ne sont pas terminées, notamment en ce qui concerne les prisonniers.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N[os] 53-54. — 2-5 JUILLET 1941 114[e] ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6[e].** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**

Etudiants : **30** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78 francs.**

Tous les autres pays : **90 francs.**

Chèques postaux : Paris 2538-76

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Lille. — M. Huriez, agrégé, chargé d'enseignement, est chargé provisoirement, à dater du 1[er] mai 1941, du service de la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Faculté de Médecine d'Aix-Marseille. — La chaire de physiologie de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille ;

La chaire de clinique ophtamologique de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille ;

La chaire de thérapeutique de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille ;

Sont déclarées vacantes.

Faculté de Médecine de Toulouse. — La chaire de pharmacie à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication de ces arrêtés est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

(*J. O.*, 24 juin 1941.)

Loi du 21 juin 1941 réglant les conditions d'admission des étudiants juifs dans les établissements d'enseignement supérieur. — Le *Journ. Off.*, du 24 juin 1941, publie cette loi qui dispose que le nombre des étudiants juifs admis à s'inscrire pour chaque année d'études d'une faculté, d'une école ou d'un institut d'enseignement supérieur ne peut excéder 3 p. 100 des étudiants non juifs inscrits pour cette même année durant l'année scolaire précédente.

Une commission de professeurs arrêtera la liste de ces étudiants et examinera les demandes de dérogation.

Légion d'honneur. — GUERRE. — La croix de chevalier de la Légion d'honneur est attribuée à la *Croix-Rouge française* (Croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 24 juin 1941.)

Guerre. — M. le Médecin général Bercher a été placé, à compter du 23 juin 1941, dans la 2[e] section (réserve) du cadre du corps de santé militaire. (*J. O.*, 24 juin 1941.)

Secrétariat d'Etat à la Marine. — DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTÉ. — *Un concours pour l'admission à l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine* est ouvert, en 1941, aux étudiants en médecine titulaires de 4 inscriptions et aux étudiants en pharmacie justifiant d'une année de stage ou titulaires de 4, 8 ou 12 inscriptions.

Le nombre des places est de 51 pour la ligne médicale dont : 10 pour la marine, 40 pour les troupes coloniales, 1 pour l'aviation ; et de 23 pour la ligne pharmaceutique dont : 3 pour la marine et 20 pour les troupes coloniales.

Les épreuves écrites auront lieu les 4, 5 et 6 août à Paris, pour la zone occupée (les candidas demanderont à partir du 25 juillet au Service Médical de la Marine à Paris, 3, avenue Octave-Gréard (7[e] arrond.), l'adresse du local où se dérouleront les épreuves).

La date limite d'inscription est fixée au 1[er] août. Les dossiers devront être adressés avant cette date à la Direction Centrale du Service de Santé, secrétariat d'Etat à la Marine, à Vichy, pour la zone non occupée ; au médecin principal Barbin, 3, avenue Octave-Gréard, à Paris, pour la zone occupée.

Les conditions d'inscription au concours et son programme sont précisés dans une instruction ministérielle qui pourra être consultée dans les Facultés, Ecoles de Médecine et Préfectures, ou au Service Médical de la Marine, à Paris.

Signé : Médecin Général CANDIOTTI,
Directeur Central du Service de Santé de la Marine.

Marine. — M. le Médecin en chef de 1re classe, Lapierre, est nommé officier d'ordonnance de l'amiral de la flotte, ministre secrétaire d'Etat à la marine.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — La délégation générale du Gouvernement français dans les territoires occupés communique :

La nouvelle loi sur les Assurances Sociales

Un nouveau texte de loi qui va paraître au *Journal Officiel* réforme les modalités d'intervention des Caisses d'Assurances sociales, en matière de maladie et de maternité.

Désormais, le régime du libre choix, par le malade, du médecin ou de l'établissement de soins, sera substitué au régime antérieur du choix limité aux seuls établissements ayant passé des accords avec les caisses : un même remboursement, calculé pour chaque acte médical ou chirurgical et plus avantageux que précédemment, sera pratiqué par elles.

D'autre part, les médecins, jusqu'ici honorés dans des conditions assez précaires, recevront une rémunération normale, mesurée à l'importance des soins donnés et de l'opération opportune.

La nouvelle loi institue, entre l'Administration des Assurances sociales et l'Administration de la Santé, une étroite collaboration, qui fait appel à l'autorité morale et technique de l'Ordre des Médecins et qui se reflète, sur le plan régional, par une collaboration de même nature entre les unions de caisses et les directeurs régionaux de la Famille et de la Santé.

Sans vouloir minimiser le rôle rempli jusqu'ici par les caisses d'Assurances sociales dans l'organisation des soins à leurs ressortissants, ni les résultats importants auxquels elles avaient abouti, il est évident que la nouvelle loi permettra d'améliorer encore ces résultats et d'accentuer leur progression ; elle marque donc une date importante dans l'œuvre sociale entreprise par le Gouvernement et institue un nouvel ordre de choses éminemment favorable aux intérêts des assurés sociaux.

— Le *Journal Officiel*, du 21 juin 1941, publie le décret du 29 mai 1941 portant reclassement des fonctionnaires du service sanitaire maritime dans le cadre de l'inspection médicale de la santé. En voici le texte :

Article premier. — Les directeurs des circonscriptions sanitaires maritimes pourront être nommés dans le cadre des médecins inspecteurs de la santé.

Les agents principaux et les médecins de la santé pourront être nommés dans le cadre des médecins inspecteurs adjoints de la santé.

Art. 2. — Les médecins visés à l'article premier et actuellement en fonction seront reclassés par arrêté du secrétaire d'Etat à la famille et à la santé, après avis de la commission prévue à l'article 2 du décret du 9 février 1941 susvisé.

Art. 3. — Pour chaque grade, les médecins appelés à bénéficier des dispositions qui précèdent seront placés à l'échelon de traitement qui sera fixé d'après leur aptitude professionnelle, leur manière de servir, leurs titres scientifiques et leur ancienneté dans le service sanitaire maritime.

Ils devront être âgés de moins de 60 ans et titulaire du diplôme d'hygiène ou, à défaut, de titres équivalents. Ils devront, en outre, souscrire une déclaration attestant qu'ils se consacreront entièrement à leurs fonctions, à l'exclusion de toute clientèle.

Ministère de l'Intérieur. — MM. les Drs Vidal-Revel et Tourtou, conseillers municipaux de Nice, sont nommés adjoints au maire de Nice.

M. le Dr Jean Robert, médecin honoraire des asiles, est nommé adjoint au maire d'Auch.

M. le Dr Mazingarbe est nommé adjoint au maire de Montargis. (*J. O.*, 14 juin 1941.)

M. le Dr Adrien Laplace est nommé adjoint au maire de Soissons.

M. le Dr Maurice Letoublon est nommé adjoint au maire de Pontarlier. (*J. O.*, 15 juin 1941.)

La vente libre des plantes servant à la composition des boissons hygiéniques. — Un loi du 21 juin 1941 (*J. O.*, du 24 juin) autorise la vente libre du tilleul, de la camomille, de la menthe, de la verveine et des feuilles d'oranger. Ces plantes ne devront pas être vendues en mélange.

Voir la suite des Informations, page 553.

Ordre National des Médecins

Conseil Supérieur de l'Ordre

60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e)

Communiqué

Au cours de sa 8e session, du 21 au 25 juin 1941, le Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins a, parmi les nombreuses questions soumises à son examen, porté une attention particulière sur les points suivants :

La fixation du nombre maximum de médecins admis à exercer leur art dans un département donné ; étude faite à la demande de plusieurs Conseils départementaux et de nature à réduire la pléthore médicale.

La retraite professionnelle ; le Conseil Supérieur a sur cette question essentielle — qu'il n'a cessé d'envisager au cours de ses sessions successives — pris des décisions qui permettront dans un délai rapproché la mise sur pied définitive de cet important projet.

Le statut particulier de la médecine du travail ; étude faite avec la collaboration des spécialistes les plus qualifiés.

L'étude de l'organisation de la chirurgie.

Le Conseil Supérieur a continué à s'intéresser au problème du médecin prisonnier. Cette question se heurte, d'ailleurs, à de nombreuses difficultés, mais les représentants du Conseil Supérieur ont, au cours de plusieurs entrevues avec les autorités compétentes, acquis la conviction que des améliorations seront bientôt obtenues dans la situation des médecins prisonniers.

Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine

Communiqué

Le Conseil de l'Ordre des Médecins du département de la Seine rappelle l'organisation du service automobile de nuit, strictement réservé aux médecins et fonctionnant dans les conditions suivantes :

1° *Stationnement des voitures et appel.*

Les voitures stationnent dans les hôpitaux suivants où les médecins pourront les appeler de 20 heures à 8 heures :

Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis-Notre-Dame. Tél. Odéon 25-71.

Maison Municipale de Santé, 200, Faubourg-Saint-Denis. Tél. : Nord 16-07.

Marmottan, 19, rue d'Armaillé. Tél. Etoile 44-79.

Necker, 151, rue de Sèvres. Tél. Ségur 07-25.

2° *Tarif.*

Prise en charge : 5 francs pour 350 m.

Tarif kilométrique : 1 franc pour 350 m.

Heure arrêtée : 40 francs.

Indemnité de retour par voiture laissée à plus de 1.600 mètres de l'ancienne enceinte fortifiée : 2 fr. 50 par zone de 800 m.

3° *Emploi et contrôle.*

L'usage de ces voitures sera réservé aux *seuls* médecins. Ils devront justifier de leur identité de l'utilisation de la voiture par la remise au conducteur d'un soussigné établi sur papier à en-tête, désignant l'heure de la course et son but.

Les soussignés seront régulièrement envoyés au Conseil de l'Ordre de la Seine qui procédera aux vérifications et sanctionnera tout abus.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

REVUE GENERALE

LES HYPEROVARIES

DONNÉES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Par M. le Professeur G. Carrière et M. P.-J. Gineste
(de Lille)

Le problème des hyperovaries est l'un des plus vastes et des plus mal connus parmi ceux que posent l'Endocrinologie et la Gynécologie : nous nous sommes proposés, dans cette brève étude, d'apporter quelques indications pratiques sur la séméiologie et le traitement de ces états.

A. — Le cycle ovarien physiologique et l'hyperovarie.

On sait que l'ovaire est une glande à fonctionnement cyclique, placé sous la dépendance du lobe antérieur de l'hypophyse. Schématiquement, le cycle ovarien, dont la durée normale est de vingt-huit jours, évolue en deux phases d'importance égale.

La première phase, ou *phase folliculaire*, est en rapport avec la sécrétion d'une hormone anté-hypophysaire, la *gonado-stimuline A*. Cette phase débute le premier jour de l'apparition des règles et aboutit, le quatorzième jour, à la ponte d'un ovule mûr : celui-ci, expulsé de l'ovaire, vient s'engager dans les voies génitales pour y attendre la fécondation. Au cours de cette période l'ovaire sécrète en abondance la *folliculine* ou *œstrine*, qu'il est possible de doser dans l'urine où l'on en trouve des quantités importantes.

La seconde phase, ou *phase lutéinique*, débute au 15e jour du cycle, aussitôt après la ponte ovulaire. En rapport avec la sécrétion d'une deuxième hormone hypophysaire, la *gonado-stimuline B*, cette phase est marquée par la transformation en corps jaune du follicule ovarien qui vient d'expulser l'ovule.

La folliculine continue à être sécrétée, au cours de cette période, en plus grandes quantités même que pendant la première partie du cycle. Mais le phénomène capital est la sécrétion *d'hormone lutéinique* ou progestine. La progestine assure la prolifération de la muqueuse utérine jusqu'au moment où, vers la fin du cycle, le corps jaune commence à dégénérer : l'arrêt de la sécrétion de progestine provoque alors, au 28e jour du cycle ovarien, un décapage brutal de la muqueuse utérine dont l'évacuation au dehors constitue les règles.

Pendant ce temps, sous l'influence de la gonado-stimuline A, que sécrète l'anté-hypophyse, un autre follicule mûrit dans l'ovaire et un second cycle ovarien succède au précédent.

***

De ces notions physiologiques, il faut retenir que le terme d'hyperovarie pourrait correspondre à une hypersécrétion des deux hormones ovariennes : *hyperfolliculinisme* et *hyperlutéinisme*. En réalité *l'hyperlutéinisme est exceptionnel*, et la *notion d'hyperovarie* se *ramène pratiquement à la notion d'hyperfolliculinisme*.

Comment peut-on, pratiquement, apprécier l'importance de la sécrétion folliculaire?

Une méthode relativement sûre est le dosage de la folliculine urinaire. Mais c'est là un procédé biologique coûteux, exigeant un personnel entraîné et un matériel animal important : autant dire qu'il est encore peu pratique d'y songer. La biopsie de l'endomètre, telle que l'a préconisée Moricard, peut également rendre de grands services : mais cette épreuve demande une petite intervention qui, aussi bénigne soit-elle, sera souvent très difficilement acceptée par une femme qui vient consulter pour de simples troubles des règles.

Car c'est, en définitive, un trouble des règles qui caractérise cliniquement les hyperovaries et, de ce point de vue, le simple interrogatoire de la malade peut conduire, sinon à des conclusions formelles, tout au moins à des approximations très suffisantes dans la grande majorité des cas.

1° L'augmentation de l'abondance et de la durée des règles (hyperménorrhée et ménorragies) sont, en général, sous la dépendance d'une augmentation globale, en valeur absolue, de la sécrétion folliculaire : il s'agit d'une *hyperovarie vraie, par hyperfolliculinisme.*

2° L'augmentation de la fréquence des règles (polyménorrhée), traduisant un raccourcissement de la durée du cycle ovarien, est, en général, sous la dépendance d'une insuffisance de la sécrétion du corps jaune ; il y a seulement dans ces cas une prédominance de la phase folliculaire sur la phase lutéinique, la sécrétion de folliculine restant normale : il s'agit d'une *hyperovarie fausse ou relative, par hypolutéinisme.*

Ces deux modalités cliniques ne résument pas tous les aspects de l'hyperfonctionnement ovarien : on connait des aménorrhées par hyperfolliculinisme. Mais, dans la pratique, le schéma clinique que nous venons d'apporter correspond à la très grande majorité des cas.

Il ressort de ces quelques lignes que la quantité totale des hormones sécrétées par l'ovaire importe assez peu : ce qu'il faut apprécier avant tout, c'est leur valeur relative. *L'hyperovarie*, telle que nous la concevons, *correspond du point de vue hormonal à un déséquilibre dans la sécrétion des deux hormones ovariennes* s'exerçant au profit de la folliculine.

Ce déséquilibre peut être lié, soit à une hypersécrétion de folliculine (hyperovarie vraie, par hyperfolliculinisme) soit à une hypersécrétion de progestine (hyperovarie fausse ou relative, par hypolutéinémie).

Le terme d'hyperovarie est actuellement très discuté : on lui préfère des expressions plus précises, comme le terme d'hyperfolliculinisme. Au sens clinique du mot, l'hyperovarie conserve cependant une signification qui lui est propre : on peut grouper, sous ce terme, *tous les états génitaux de la femme qui s'accompagnent d'une augmentation de l'élimination cataméniale soit en durée (hyperménorrhée), soit en abondance (ménorragie), soit en fréquence (polyménorrhée).*

A ce titre, l'hyperovarie ne se confond pas avec l'hyperfolliculinisme, qui entraine parfois une aménorrhée totale, et correspond à une entité clinique mieux que celle-ci.

B. — Etude clinique des hyperovaries.

Nous envisagerons successivement : 1° les signes de l'hyperovarie vraie, par hyperfolliculinisme ; 2° ceux de l'hyperovarie fausse ou relative par hyperlutéinisme ; 3° les troubles généraux d'origine ovarienne en rapport avec l'une ou l'autre de ces affections.

1° *L'hyperovarie vraie, par hyperfolliculinisme.*

Elle se traduit avant tout par une augmentation du flux menstruel, en durée (hyperménorrhée) et en abondance (ménorragie). Ces phénomènes peuvent atteindre une très grande intensité.

Observation. — Une jeune fille de 17 ans, vient consulter pour une anémie importante et des phénomènes syncopaux survenant au moment des règles. Elle perd tous les mois, pendant 12 jours environ, une très grosse quantité de sang sous forme de caillots. Une numération sanguine donne 3.200.000 hématies seulement par millimètre cube.

Un autre symptôme très important et presque constant est constitué par une congestion mammaire de la période prémenstruelle, congestion généralement très douloureuse qui dure un temps variable et disparaît dès l'apparition des règles.

A l'examen objectif, on observe inconstamment une augmentation du volume des seins, et une douleur très vive à la pression de la région mamelonnaire. Cette *mastodynie* constitue le deuxième symptôme cardinal de l'hyperovarie vraie.

2° *L'hyperovarie relative, par hypolutéinisme.*

La séméiologie se résume dans un raccourcissement de la durée du cycle ovarien.

Observation. — Une jeune femme de 25 ans est réglée tous les 18 jours depuis l'âge de 14 ans. Les règles durent 3 jours et sont d'abondance normale, aucun autre trouble n'est signalé.

Ces formes pures d'hypolutéinisme sont assez rares ; il existe souvent une association avec l'hyperfolliculinisme, qui se traduit par une augmentation du flux menstruel. On trouve ainsi une série de formes intermédiaires entre les deux types extrêmes de l'hyperovarie.

3° *Troubles généraux d'origine ovarienne.*

Mais la séméiologie des hyperovaries ne se borne pas aux modifications spécifiques enregistrées dans le tractus génital. D'autres troubles accompagnent les symptômes que nous venons de signaler ; mais ces troubles, liés à un fonctionnement inégal du système nerveux végétatif, à une instabilité vaso-motrice et plus particulièrement à la congestion pelvienne, sont absolument dénués de spécificité. Très variables selon les sujets, ils peuvent aussi bien s'observer dans les hyperovaries que dans l'insuffisance ovarienne.

Un premier groupe de ces symptômes répond à la congestion pelvienne de la période prémenstruelle.

Les *coliques ovariennes* sont parfois très douloureuses. Marquées objectivement par l'existence de points *douloureux ovariens*, elles atteignent ordinairement leur paroxysme la veille des menstrues, et s'atténuent ou disparaissent dès l'apparition de celles-ci. Le gros intestin, le rectum et la vessie peuvent être troublés dans leur fonctionnement au cours de la même période : *phénomènes de diarrhée ou de constipation, crise hémorroïdaire, ténesme rectal, dysurie.*

Observation. — Nous avons rencontré une femme de 37 ans, présentant un hyperfolliculinisme intense, et dont les règles étaient annoncées plusieurs jours à l'avance par une sensation de pesanteur pelvienne intense, par une constipation opiniâtre et une crise hémorroïdaire.

Mais il est bien évident que ces signes peuvent s'observer en dehors de tout hyperfonctionnement ovarien. Bien plus, on sait que les phénomènes douloureux de la zone génitale sont particulièrement fréquents dans l'insuffisance ovarienne.

Un deuxième groupe de symptômes est fait des petits troubles nerveux de la période prémenstruelle : céphalée, migraine, troubles du caractère, état nauséeux, bouffées de chaleur. Il est à peine besoin d'insister de nouveau sur l'absence de spécificité de tous ces signes, si fréquents au moment de la ménopause.

Un troisième groupe de signes cliniques mérite une place très spéciale : ce sont des troubles paradoxaux, d'origine viscérale, en rapport avec une épine irritative de siège variable, et qui peuvent donner une allure tout à fait spéciale à l'hyperovarie.

Certains sujets, qui présentent une sensibilité particulière de l'appendice ou de la vésicule biliaire, voient survenir de violentes crises douloureuses au niveau de ces viscères pendant la période prémenstruelle ; en voici un exemple typique :

Observation. — C'est une jeune femme de 24 ans dont les règles durent dix jours chaque mois. Depuis sept mois, dans les deux ou trois jours qui précèdent le flux menstruel, elle présente de violentes douleurs dans l'hypochondre droit avec un point vésiculaire nettement localisé. Lorsqu'on l'examine, après la fin des règles, toute séméiologie vésiculaire a disparu.

Dans d'autres cas, la symptomatologie est fixée par l'existence d'un terrain bronchique, névropathique ou rhumatismal, et ce sont alors les états connus sous le nom *d'asthme ovarien, de psychose ovarienne, de rhumatisme ovarien.*

L'asthme ovarien, le rhumatisme ovarien ne constituent pas, semble-t-il, autant d'affections autonomes. Ils traduisent seulement la localisation viscérale, à l'occasion d'un trouble ovarien, du déséquilibre humoral et neuro-végétatif chez une femme qui présente d'autre part une épine irritative articulaire ou bronchique. Ainsi s'explique leur absence totale de spécificité.

Nous pourrions rapporter de nombreuses observations d'asthme, de rhumatisme chronique ou de goître exophtalmique évoluant par poussées en rapport avec une hyperovarie. Voici un exemple de psychose ovarienne :

Observation. — Une femme de 22 ans présente des phénomènes de dépression mentale accompagnée d'idée de persécution et de fugues ; ces troubles s'aggravent considérablement dans les 48 heures qui précèdent les règles. Or, il existe une hyperovarie manifeste et le traitement par les extraits mammaires et la testostérone provoqua une amélioration simultanée des troubles psychiques et des signes génitaux.

C. — Traitement des hyperovaries.

En effet le traitement de l'hyperovarie peut améliorer, non seulement les troubles de la menstruation, mais encore tout le cortège symptomatique qui les accompagne.

La thérapeutique endocrinienne de ces états peut être actuellement réalisée sur les bases suivantes :

1° *L'hyperménorrhée et les ménorragies, correspondant à l'hyperfolliculinisme proprement dit, sont justiciables d'un traitement par l'extrait mammaire.* La posologie varie avec les différentes présentations pharmaceutiques du produit. Un traitement par voie orale, pendant les dix jours qui précèdent la date présumée des règles, est en général suffisant ; mais il faut souvent dépasser largement les doses indiquées sur les flacons de spécialités. La voie parentérale n'est indiquée qu'en cas d'hémorragies graves et rebelles.

L'extrait mammaire est inoffensif, et aucun incident n'est à craindre. La progestine donne également de bons résultats dans l'hyperfolliculinisme pur : mais elle est beaucoup plus coûteuse que l'extrait mammaire et ses résultats ne nous ont pas semblé supérieurs.

2° *La polyménorrhée, correspondant à un hypolutéinisme*, commande un traitement par la progestine. Celle-ci doit être utilisée par voie parentérale dans la seconde partie du cycle ovarien. Nous donnons habituellement quatre injections de 2 milligrammes de progestine en solution huileuse (une injection tous les trois jours à partir du 15e jour après le début des règles). Cette dose demande parfois à être augmentée.

3° *La congestion mammaire douloureuse de la période prémenstruelle*, lorsqu'elle atteint un degré très élevé et domine le tableau clinique, et l'existence de *troubles psychiques prédominants appellent un traitement par l'hormone mâle, la testostérone.*

Ici encore, le traitement doit être pratiqué constamment par voie parentérale et à doses suffisantes : on peut partir de quatre injections à 5 milligrammes en solutions huileuses (une injection tous les trois jours à partir du 15e jour qui suit le début des règles). Assez souvent il convient d'augmenter la dose. Mais la testostérone, comme la progestérone, peuvent dépasser le but envisagé lorsque la dose est excessive, et provoquent parfois une hypoménorrhée ou même une aménorrhée complète.

4° Lorsque les phénomènes douloureux et les petits troubles nerveux sont très marqués, on peut avoir intérêt à ajouter les calmants habituels à l'opothérapie frénatrice : bromures, barbituriques, etc.

Il reste cependant un certain nombre de cas où l'hyperovarie résiste au traitement endocrinien, même lorsque les doses utilisées peuvent être considérées comme suffisantes. Dans ce cas nous disposons encore d'une arme : la radiothérapie, qui peut être appliquée sur les ovaires (action directe) ou sur l'hypophyse (action indirecte). Mais c'est là une arme dangereuse, et qui risque de dépasser son but. Aussi bien, l'opothérapie frénatrice, appliquée convenablement et à doses suffisantes, donne des résultats satisfaisants dans la très grande majorité des cas et permet d'envisager favorablement, dans leur ensemble le pronostic des hyperovaries.

Il nous a paru intéressant de synthétiser dans le tableau suivant les conclusions pratiques de cette revue :

HYPEROVARIES

Signes cliniques capitaux		Pathogénie	Troubles généraux non spécifiques appartenant aux deux catégories	Traitement
I Hyperménorrhée. Ménorrhagies. Mastodynie.	Déséquilibre dans la sécrétion des deux hormones ovariennes en faveur de la Folliculine	Hyperovarie vraie par Hyperfolliculisme	1° Congestion pelvienne. Diarrhées ou Constipation. Hémorroïdes. Ténesme anal. — vésical. Dysurie. Coliques ovariennes. Ovaralgie. 2° Petits troubles nerveux : Céphalées, migraines, nausées, bouffées de chaleur. 3° Crises appendiculaires. Crises vésiculaires. Asthme. Psychoses ovariennes. Rhumatisme ovarien.	Extraits mammaires *per os* 10 jours avant date présumée des règles ; posologie assez élevée. Progestérone : une injection de 0.002 tous les trois jours à partir du 15e jour — Contre la mastodynie : Testostérone : une injection de 0.005 tous les trois jours à partir du 15e jour. — Contre les troubles généraux : Sédatif nervins, Barbituriques, etc.
II Polyménorrhée.		Hyperovarie fausse ou relative par hypolutéinisme		Progestérone voie parentrale, 4 injections de 0.002 tous les trois jours à partir du 15e jour.

CHRONIQUE

CHARLES NICOLLE

Une conférence de M. Georges Duhamel
de l'Académie Française et de l'Académie de Médecine

Il y a un an, M. le Recteur Roussy, à la Sorbonne, puis M. le Doyen Baudouin, à la Faculté de Médecine, organisèrent des cycles de conférences consacrées aux grands faits scientifiques et médicaux. On n'a pas oublié leur succès.

La semaine passée, M. le Professeur Pasteur Vallery-Radot a inauguré dans la *chaire de Pathologie médicale* une nouvelle série dédiée aux *grands initiateurs français en pathologie infectieuse.*

Ce fut d'abord mon ami, le Dr Legroux, président du Conseil Scientifique de l'Institut Pasteur, qui parla de *Pasteur* et de *Roux.* En homme de science, il dit, une fois de plus, avec une grande autorité, tout ce que nous devons à l'un et à l'autre.

Jeudi dernier, le Dr Georges Duhamel, nous a parlé de *Charles Nicolle* et de son œuvre.

Une profonde amitié liait le Maître au conférencier. Nous n'avons pas oublié, qu'en 1932, si je ne me trompe, lorsque Charles Nicolle vint au Collège de France occuper la chaire de Laënnec et de Claude Bernard, il se fit assister par plusieurs conférenciers parmi lesquels Leriche, Jean Fiolle et M. Duhamel lui-même.

Avec une visible émotion, M. Duhamel trace une rapide biographie de Nicolle, né à Rouen, en 1866, mort en 1936, à Tunis, où il repose dans cet Institut Pasteur qu'il dirigea pendant plus de trente ans.

Charles Nicolle appartenait à une belle famille médicale ; il était le fils d'un médecin, professeur à l'Ecole de Rouen, il a été médecin lui-même, interne des hôpitaux de Paris en 1889, suivant l'exemple de son frère aîné Maurice ; enfin, il était père de médecins. Une « oreille fautive » empêcha Charles Nicolle d'exercer la médecine. Il se tourna vers le laboratoire et fut, pendant quelque temps professeur de microbiologie à l'Ecole de Rouen avant de devenir directeur de l'Institut Pasteur de Tunis qui, sous son impulsion devint la capitale scientifique méditerranéenne.

L'œuvre, réalisée à Tunis, par Charles Nicolle est, en effet, véritablement prodigieuse.

C'est ce que montre avec force le conférencier. Glissant rapidement sur les recherches de Nicolle relatives aux fièvres éruptives, au kala-azar, au trachome, M. Duhamel détache les deux chapitres principaux : d'abord le *typhus exanthématique* et les méthodes prophylactiques, ensuite les *infections inapparentes.* Il en fait un magistral exposé très goûté de son auditoire.

Charles Nicolle a raconté lui-même comment, au cours de longues recherches sur le typhus, il avait été amené à penser que l'agent de transmission de la maladie était un parasite, le poux. Après démonstration expérimentale de cette hypothèse, Charles Nicolle a montré que la prophylaxie du typhus serait assurée si l'on pouvait débarrasser les malades de leurs parasites en les baignant et en les savonnant. Les malades ainsi traités peuvent ensuite, être mis en contact avec des personnes saines sans danger pour celles-ci. Cette méthode simple qui valut à Nicolle le prix Nobel a protégé, depuis 1909, nombre de de populations contre un fléau cruel. Depuis, les élèves et les successeurs de Nicolle ont, d'ailleurs, ajouté à son œuvre en inventant divers systèmes de vaccination.

C'est en étudiant le typhus que Charles Nicolle a découvert l'existence de certaines formes de maladies infectieuses qui ne se manifestent par aucun symptômes, mais qui, pourtant, ont une évolution cyclique et sont quand même contagieuses, c'est-à-dire contribuent dangereusement à entretenir et à répandre le mal. Il a donné à ces formes morbides le nom d'infections inapparentes. Le typhus, la poliomyélite, la rougeole, la coqueluche, la dengue sont susceptibles, entre autres, de donner des formes inapparentes.

La découverte des infections inapparentes ouvre un nouvel âge des sciences médicales. Toute une philosophie biologique sort naturellement de cette découverte. Charles Nicolle a exprimé cette philosophie dans plusieurs ouvrages parmi lesquels il faut citer : *Naissance, vie et mort des Maladies infectieuses ; Destin des Maladies infectieuses ; La Nature, conception et morale biologique.*

Chemin faisant, M. Duhamel a rappelé bien des souvenirs sur Nicolle, souvenirs qui montrent sa bonté, sa persévérance dans le travail, son ingéniosité, enfin son calme inaltérable. Ce calme lui permit, notamment, de juguler, en 1932, la redoutable épidémie de peste pulmonaire qui s'était déclarée à Tunis.

Et ce jour-là, ce n'est pas seulement Tunis qui fut protégée, mais la France et sans doute l'Europe.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Jeudi 26 juin 1941. — Jury : 1° MM. Guillain, Marchal, Lenormant, Laignel-Lavastine. — Mlle Weiler. A propos de dix-sept cas inédits d'infiltrations du ganglion cervical supérieur du sympathique. — Mlle Fortineau. Contribution à l'étude du spasme de torsion chez l'enfant. — M. Tanguy. Considérations sur des procédés d'amputation de jambe. — M. Marlot. Hérédité similaire dans la paralysie générale.

2° Jury : MM. Lereboullet, Gougerot, Lelong, Mollaret. — Mlle Lansoy. Contribution à l'étude étiologique de la méningite lymphocytaire bénigne chez l'enfant. — Mlle Grenier. Le diastème interincisif médian supérieur, stigmate d'hérédo-syphilis. — Mlle Le Marc. Contribution à l'étude de la sulfamidothérapie dans les affections cutanées. — M. Bruneau. Etude de la fonction rénale chez les syphilitiques soumis à un traitement prolongé.

THESE VETERINAIRE

Mercredi 25 juin 1941. — Jury : MM. Couvelaire, Lesbouyries, Coquot. — M. Billard. Les embryotomes dits écraseurs en obstétrique vétérinaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 18 juin 1941

A propos des tumeurs mixtes de la face et de voûte palatine. — M. Dufourmentel montre que ces tumeurs récidivent avec une extrême fréquence mais que dans leur évolution elles se présentent bien comme des inclusions embryonnaires.

Un cas de lésion de la hanche par éclat de bombe traité par résection de la tête puis ostéotomie. — M. A. Sicard.

Sur l'arrachement du massif des épines tibiales. — MM. Sorrel, Jomier et Compagnon rapportent cinq observations de cette lésion assez rare observée chez des enfants ; dans deux cas, le traitement orthopédique fut suffisant ; trois fois il fallut intervenir pour rabattre en bonne place le massif osseux arraché.

Les interventions ont permis de constater l'absence de lésions au niveau de la capsule et de l'appareil ligamenteux superficiel. Les auteurs discutent ensuite la conduite à tenir en présence de ces lésions.

Action clinique du sulfathiazol sur les staphylococcies. — M. Ménegaux et Mlle Steilhand ont utilisé le sulfathiazol dans 25 cas de lésions furonculeuses ou abcédées de la peau ; la rapidité d'évolution des lésions est remarquable à condition que l'on utilise de fortes doses (7 grammes pour commencer). Il faut mettre le malade au lit pendant le traitement.

M. Sauve fait des réserves sur la tolérance du sulfathiazol.

Fractures doubles du tibia avec volumineux fragment intermédiaire. Extraction, parage et reposition du fragment intermédiaire. Double ostéosynthèse. Consolidation correcte. Trois observations. — MM. Brocq, R. Chabrut et F. Poilleux discutent à propos de ces trois observations fort intéressantes la gravité de la double ostéosynthèse sur le même os et l'évolution biologique du transplant autoplastique que constitue le fragment intermédiaire ; la consolidation s'est effectuée histologiquement d'une façon normale.

M. Robineau a eu plusieurs fois l'occasion de faire l'ablation temporaire de fragments intermédiaires au cours du traitement chirurgical de fractures compliquées.

M. Leveuf s'élève contre le terme le mort du greffon ; l'os mort c'est un séquestre dont la réhabitation ne se fait jamais. Dans un greffon, le tissu mésenchymateux continue à vivre et c'est lui qui sert de substatum à la réhabitation.

M. Mathieu fait remarquer que tout au moins dans les fractures récentes, l'ablation temporaire du fragment intermédiaire est inutile pour obtenir la réduction.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 10 juin 1941

A propos de la mastoïdite des nourrissons. — MM. Grenet et L'Hirondel apportent le résultat de leur expérience personnelle sur cette question si discutée. Ils divisent les mastoïdites en deux variétés : celles qui sont primitives et dans lesquelles l'antrotomie est ordinairement efficace, et celles qui sont secondaires à des troubles digestifs, où le résultat thérapeutique est moins brillant.

Ils décrivent des formes retardées, des oto-mastoïdites d'emblée, des formes latentes et insistent beaucoup sur la valeur de la ponction de l'antre pour aider au diagnostic. Ils signalent enfin la possibilité de dissociation entre les symptômes de mastoïdite et les symptômes d'otite : ils ont observé 38 % de mastoïdites latentes avec tympans normaux.

Ils fixent les indications de l'antrotomie et apportent les résultats de leur statistique portant sur 42 cas d'oto-mastoïdite dont 36 opérés avec 24 guérisons.

Nouvelles remarques sur les oto-mastoïdites du nourrisson. — MM. Ribadeau-Dumas, Chabrun et Fenard précisent l'histoire clinique de ces mastoïdites qui ne s'extériorisent que dans 4 % des cas et ne s'accompagnent dans les 96 % des cas restants d'aucun signe local. Ils divisent ces dernières en mastoïdites latentes si elles s'accompagnent d'otite visible, et en mastoïdites occultes dans le cas contraire. Ces dernières sont souvent masquées par un syndrome chôlériforme ou une athrepsie. Le diagnostic est toujours difficile et se fait le plus souvent par élimination.

Ils codifient enfin les indications opératoires et apportent les résultats de leur statistique avec 52 % de cas de guérisons.

Des interventions itératives ont été parfois nécessaires. Les formes les plus bénignes sont les formes extériorisées ; celles masquées par un syndrome chôlériforme sont plus graves que celles masquées par l'athrepsie.

A propos de l'antrite et de la mastoïdite du nourrisson. Point de vue de l'otologiste. — MM. Le Mée et Tran-Hu discutent les symptômes permettant de faire le diagnostic de mastoïdite du nourrisson. La fièvre, les douleurs, les signes pulmonaires ou digestifs sont discutables. Ils attachent plus de valeur à la courbe de poids et aux alternatives de rougeur et pâleur de la face (signe de Hallé).

Les signes otoscopiques sont trompeurs ; la ponction antrale expose à des inconvénients, et ils insistent sur la valeur de la paracentèse exploratrice et des examens radiographiques. Ils discutent quelques causes d'erreur de diagnostic ou d'insuccès opératoires et signalent l'efficacité dans certains cas de la radiothérapie.

Séance du 24 juin 1941

Coexistence d'un nœvus variqueux ostéohypertrophique du membre inférieur avec une luxation congénitale de la hanche guérissant spontanément et une ostéochondrite d'origine congénitale. — M. Lance présente un enfant de 5 ans porteur d'une hypertrophie du membre inférieur gauche avec des nœvi pigmentaires de tout le côté gauche du corps, un énorme lymphangiome diffus du membre inférieur gauche qui est également allongé de 2 cm. 5. La série des radios faites depuis la naissance montre un arrêt de développement de la hanche avec luxation congénitale qui guérit spontanément par inversion du membre et un retard du développement du noyau épiphysaire qui s'ossifia seulement à trois ans sous forme d'ostéochondrite.

Un cas type de persistance du canal artériel. — M. Tixier présente une enfant chez laquelle il a porté ce diagnostic grâce à l'existence du souffle continu typique. Il montre l'électro et le phonocardiogramme de cette lésion, dont il discute le pronostic et la thérapeutique.

Nouveau cas de xérophtalmie et d'avitaminose A du nourrisson. — M. R. Clément et Mlle Delon retrouvent dans cette observation comme dans celles qu'ils ont publiées précédemment quatre points fondamentaux : à l'origine des accidents, un eczéma et des vomissements ayant fait supprimer le lait à l'âge de 2 mois ; la mise, pendant 8 mois, à un régime déséquilibré et carencé ; la méconnaissance de l'avitaminose malgré la symptomatologie typique ; l'apparition tardive des symptômes après 6 mois de carence.

La guérison a été rapide et complète, sans séquelles oculaires, par un régime équilibré sans lait et de fortes doses de vitamine A.

Malformation cardiaque chez un mongolien. — MM. Turpin et Gorin ont découvert à l'autopsie d'un mongolien mort de broncho-pneumonie la persistance de l'ostium primum et un double appareil mitral Ces lésions étaient latentes pendant la vie. Ce type de malformation est exceptionnel, alors que les mongoliens présentent fréquemment des anomalies cardiaques.

Présentation de livre. — M. Hallé présente à la Société un fort intéressant ouvrage de M. Raoul Labbé intitulé : *Le Sourd-Muet.*

A propos des oto-mastoïdites du nourrisson. — MM. Cathala, Laplane, Martrou et Clerc rapportent leur statistique opératoire. De janvier 1931 à avril 1939, ils ont fait opérer 64 malades avec 50 % de succès. Pendant le même temps, 45 enfants non opérés ont donné 38 morts, soit 85 % des cas.

Une étude plus attentive des différents cas opérés permet de les diviser en trois groupes : ceux dans lesquels l'oto-mastoïdite est extériorisée, au nombre de 23 avec 6 morts presque tous avant six mois ; ceux dans lesquels les signes toxiques ont coexisté avec une otite sans signe d'antrite, au nombre de 36 avec 21 morts ; ceux dans lesquels les signes toxiques étaient graves, au nombre de 5 avec 4 morts.

Du mois d'août 1940 au mois d'avril 1941, ils ont fait opérer 42 enfants avec 19 guérisons ; 26 de ces enfants (dont 9 ont guéri) étaient âgés de moins de 3 mois.

Plus de la moitié de ces oto-mastoïdites existaient dès l'entrée à l'hôpital ; 17 cas seulement sur 42 paraissent avoir été contractés dans le service. La gravité est plutôt moindre pour ce dernier groupe que pour le précédent.

Les auteurs estiment que le problème du diagnostic précoce n'influe plus actuellement sur les résultats opératoires et que tous leurs cas ont été opérés suffisamment tôt. Ils estiment avoir sauvé un grand nombre d'enfants et attribuent les échecs de la thérapeutique à la gravité de la maladie.

M. Marfan rappelle que Parrot avait déjà signalé la fréquence de la présence du pus dans l'oreille des athrepsiques et que lui-même avait étudié avec Veillard les circonstances adjuvantes qui favorisaient l'otite du nourrisson. Certain des cas publiés actuellement emportent la conviction, d'autres le sont moins. Il rappelle aussi qu'il existe chez le nourrison des otites sans syndrome chôlériforme et pense que le séjour en milieu hospitalier et la privation du sein aggravent le pronostic.

MM. Deglas et Saint-Girons rapportent les résultats observés depuis 9 ans dans leur service de Saint-Joseph. Ils ont fait opérer

67 enfants avec 52 guérisons. Ils insistent sur l'importance des soins quotidiens donnés par le même spécialiste et sur la nécessité de l'intervention précoce qui amène systématiquement sur la table d'opération tous les états cholériformes et tous les athrepsiques qui ne font pas la preuve de leur origine.

M. Lesné signale le contraste entre la fréquence des oto-mastoïdites en milieu hospitalier et leur absence presque totale en ville ou dans les pouponnières, même dans des milieux pauvres ou chez des débiles.

M. Lereboullet ne voit que 4 ou 5 mastoïdites par an sur un total de plusieurs centaines de nourrissons suivis par lui. Il a souvent constaté du pus dans la mastoïdite, sans que celle-ci présente par ailleurs de lésions inflammatoires. Le nombre des otites est, d'autre part, relativement élevé, mais toutes sont examinées chaque jour par le spécialiste, ce qui explique peut-être la rareté des complications mastoïdiennes.

LIVRES NOUVEAUX

Maladie hypertensive, par A. Dumas, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux de Lyon. — Nouvelle édition entièrement refondue. — Un volume de 134 pages, 35 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Par maladie hypertensive il faut entendre une affection du système artériel tout entier, dont l'hypertension constitue le symptôme majeur qui, seul en cause à une phrase précoce, groupera plus tard autour de lui des symptômes viscéraux multiples. Débutant par un état d'hypertonie dont l'unique symptôme est alors l'élévation tensionnelle, cette affection évolue secondairement vers la sclérose artérielle qui pénètre par la voie vasculaire les différents organes (reins, cerveau, myocarde) à des degrés divers, et y crée des lésions infarctoïdes plus ou moins accentuées. Cette appellation de maladie hypertensive ne préjuge en rien de la nature de la maladie, tout en permettant de la distinguer des hypertensions symptomatiques.

Dans un récent ouvrage actuellement épuisé, intitulé « Maladie hypertensive et Syndromes d'hypertension », le Dr Dumas attribuait à la maladie hypertensive une place à part et bien définie au milieu des syndromes tensionnels multiples qui peuvent la simuler et, le premier, il en dégageait les lois qui sont devenues classiques.

Aujourd'hui, l'autonomie de cette maladie n'étant plus discutée, l'auteur a voulu en aborder l'étude plus complète ; ce n'est donc pas une deuxième édition, mais bien un livre nouveau qu'il présente aux médecins.

On retrouvera dans ce livre la description clinique de la maladie hypertensive qu'il avait donnée dans le travail précédent. Ce sont là des données d'observation directe auxquelles il n'y a rien à modifier. Il a supprimé la description devenue inutile des hypertensions symptomatiques qu'il ne fait que citer au chapitre du Diagnostic différentiel. Il a ajouté par contre des chapitres nouveaux : *Pathogénie*, *Anatomie pathologique*, *Physiologie pathologique*, *Thérapeutique chirurgicale*, qui sont nés de toutes les acquisitions de ces dernières années.

INFORMATIONS

(suite de la page 542)

Institut régional de puériculture d'hygiène scolaire de Bordeaux et du Sud-Ouest. — La Fédération des Œuvres Girondines de Protection de l'Enfance organise, avec la collaboration des accoucheurs et pédiâtres de Bordeaux, un cours de puériculture ante et post-natale, qui aura lieu du 14 juillet au 2 août 1941 et un cours d'hygiène scolaire, qui aura lieu du 4 au 9 août 1941.

Cet organisme est créé en accord avec l'Ordre des Médecins de la Gironde et l'Office départemental d'hygiène sociale.

L'enseignement est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité.

Il comprendra des cours théoriques, des travaux pratiques, des stages dans des services hospitaliers d'accouchement et de puériculture, ainsi que dans des consultations privées ante et post-natales, enfin des visites dans différentes œuvres sociales de protection maternelle et infantile.

Un certificat sanctionnera l'assiduité à chacune des deux séries de cours et ces certificats pourront ultérieurement servir à des praticiens ne possédant aucun titre spécial, en vue de leur désignation comme médecins rétribués des consultations prénatales et des consultations de nourrissons, que l'Office départemental d'Hygiène sociale se propose d'organiser dans le département, comme aussi pour l'inspection médicale scolaire.

Droit d'inscription à chaque série de cours : 50 francs.

Inscriptions au Centre de Protection de l'Enfance — Hôpital des Enfants — 168, cours de l'Argonne, Bordeaux.

Liste des citations du corps de santé homologuées après revision

(*extraites du* Journal Officiel, *1er juin 1941 et suivants*) (1)

[Voir *Gaz. Hôp.*, nos 51-52 et suivants]

Abréviations. — A : Ordre de l'armée ; CA : Ordre du corps d'armée ; D : Ordre de la division ; B : Ordre de la brigade ; R : Ordre du régiment.

95e R. I. — Méd.-aux. Arnoult, R.
97e R. I. Alp. — Méd.-cap. Brunet, R ; dent.-lieut. Pellet, R ; méd.-aux. Pierrou, R ; méd.-lieut. Vignalou, R ; pharm.-aux. Maréchal, R ; méd.-lieut. Dayre, R ; méd.-lieut. Lyathaud, R ; méd.-aux. Pierrou, R.
98e R. I. — Méd.-aux. Guillemain, R.
99e R. I. Alp. — Méd.-aux. Luciani, R ; méd.-comm. Stibio, R ; méd.-lieut. Benoit, R ; dent.-lieut. Bollach, R ; méd.-aux. Faure-Brac, R ; méd.-aux. Lacroix, R ; méd.-lieut. Castel, R ; méd.-aux. Robert, R ; pharm.-lieut. Albrieux, R.
101e R. I. — Méd.-lieut. Paris, R.
102e R. I. — Adj.-dent. Nivot, D.
103e R. I. — Méd.-lieut. Orinstein, D ; méd.-aux. Klein D ; méd.-lieut. Erembert, A.
104e R. I. — Dent.-lieut. Prunier, R ; méd.-s.-lieut. Trouvé, R ; méd.-cap. Becam, B ; méd.-lieut. Brunel, B ; méd.-lieut. Ganot, B; méd.-lieut. Olive, B.
108e R. I. Alp. — Méd.-lieut. Roy, R.
109e R. I. — Méd.-aux. Panis, CA.
115e R. I. — Pharm.-lieut. Blanchard, R ; dent.-lieut. Hugo, R.
123e R. I. — Méd.-aux. Hoffmann, D.
126e R. I. — Méd.-lieut. Giraud, R ; méd.-aux. Bleynie, B.

(*J. O.*, 12 juin 1941.)

127e R. I. — Méd.-aux. Lecat, D ; méd.-cap. Dassonville, B.
130e R. I. — Méd.-cap. Portalier, D ; dent-lieut. Caillère, D ; pharm.-lieut. Malepart, D.
140e R. I. alp. — Méd.-s.-lieut. Chappuis, D ; méd.-aux. Martin, CA ; méd.-aux. Maurin, CA ; méd.-lieut. Lefèvre des Noëttes, D.
141e R. I. alp. — Méd.-aux. Spiegelblatt, D; méd.-aux. Droit, D; méd.-aux. Brunet, D ; méd.-s.-lieut. Spiegelblatt, D ; méd.-lieut. Rimbal, R ; méd.-lieut. Avierinos, R ; méd.-lieut. Gardes, CA.
144e R. I. — Méd.-aux. Peschaud, C. A.
146e R. I. fort. — Méd.-aux. Grès, B.
149e R. I. fort. — Méd.-cap. Leduc, CA ; méd.-aux. Goust, R ; pharm.-aux. Beauvoir, R.
151e R. I. — Méd.-lieut. Rouquet B ; méd.-sous-lieut. Guillaume, B.
152e R. I. — Méd.-comm. Wagner, R ; dent.-aux. Baumgarten, R ; méd.-lieut. Rodier, D ; méd.-lieut. Jacquel, D.
154e R. I. fort. — Méd.-lieut. Fargeot, A.
155e R. I. fort. — Méd.-lieut. Denis, D.

(*J. O.*, 16 juin 1941.)

159e R. I. alp. — Méd.-lieut. Cottanceau, R ; méd.-aux. Brochard, R ; méd.-lieut. Lemonon, CA ; méd.-aux. Maury, CA.
160e R. I. fort. — Méd.-lieut. Pierre Grenet, R.
161e R. I. fort. — Méd.-lieut. Chevalier, R ; méd.-aux. Got, R.
205e R. I. — Méd.-lieut. Benois, R.
213e R. I. — Méd.-lieut. Lévêque, CA.
226e R. I. — Méd.-cap. Cazaux, B.
237e R. I. — Méd.-cap. Guibert, CA ; dent.-aux. Lansquin, D ; méd.-lieut. Vialatte, B ; méd.-aux. Mieral, B ; méd.-aux. Coldefy, R ; méd.-lieut. Kolp, R ; méd.-s.-lieut. Mahon, R.
260e R. I. — Méd.-aux. Decormeille, CA.
344e R. I. — Méd.-lieut. Georges, D.
348e R. I. — Méd.-lieut. Luc, R.
5e Bat. chasseurs portés. — Méd.-aux. Foucault, D.
6e Bat. chass. alp. — Méd.-aux. Gobin, D ; méd.-aux. Genet, D.
7e B. C. A. — Méd.-aux. Comte, R ; méd.-aux. Olivier, R ; méd.-lieut. Causse, D.

(*A suivre.*) (*J. O.*, 17 juin 1941.)

(1) Ces listes seront complétées au fur et à mesure des homologations qui, pour certains corps, ne sont pas terminées, notamment en ce qui concerne les prisonniers.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

28

Nos 55-56. — 9-12 JUILLET 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

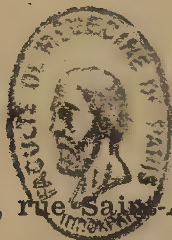
GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Le prochain concours *d'externat* aura lieu, conformément aux dispositions réglementaires, dans la première quinzaine du mois de décembre 1941.

La date exacte et le lieu du concours seront prochainement portés à la connaissance des intéressés par voie d'affiche.

Concours de médecin de l'Assistance Médicale. — Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Netter, Dreyfus, Vial, Rœser, Raynaud, Gautier, Mme Gautier, Mlle Vanhulle, MM. Doher, Klein.

Hôpital de Commercy (Meuse). — Un concours sur épreuves et sur titres s'ouvrira à la Faculté de Médecine de Nancy, le 25 juillet 1941, pour la nomination d'un chirurgien à l'hôpital de Commercy. S'inscrire avant le 20 juillet, au secrétariat de la Faculté de Médecine de Nancy.

Conditions d'admission. — Les candidats devront : 1° Remplir les conditions imposées par la loi sur l'exercice de la médecine en France ; 2° justifier des conditions stipulées par le statut de la profession médicale et édictées par le Conseil Supérieur de l'Ordre de Médecins définissant le titre de spécialiste, mention « chirurgie » ; 3° s'engager par écrit à habiter la ville où se trouve l'hôpital dont il est nommé chirurgien.

Faculté de Médecine de Paris. — STAGES COMPLÉMENTAIRES DE VACANCES 1941. — L'enseignement pour les stagiaires sera organisé pendant les vacances, du 1er août au 15 octobre 1941, dans les services de :

M. le Prof. Fiessinger, à l'Hôtel-Dieu ;
M. le Prof. Mondor, à l'Hôtel-Dieu.
M. le Dr Lelong, aux Enfants-Malades.

MM. les Etudiants ayant un stage à compléter devront se présenter au secrétariat (guichet 5) avant le 25 juillet 1941.

Pourront également s'inscrire les étudiants qui, tout en étant en règle au point de vue stage, seraient désireux de suivre un service pendant les vacances.

Collège de France. — M. Lacassagne est nommé professeur titulaire de la chaire de radio-biologie expérimentale au Collège de France, à dater du 1er octobre 1941.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — INSPECTION DE LA SANTÉ. — Par arrêtés, en date du 6 juin 1941 :

Sont reclassés en qualité de médecin inspecteur de la santé les médecins chargés, à titre temporaire, desdites fonctions dont les noms suivent :

A la 2e classe du grade. — M. le Dr Saddier (Tarn) ; M. le docteur Serane (Puy-de-Dôme).

Sont reclassés en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé les médecins chargés, à titre temporaire, desdites fonctions dont les noms suivent :

A la hors-classe du grade. — Mme le Dr Claveau (Rhône) ; M. le Dr Susini (Allier).

A la 1re classe du grade. — M. le Dr Hoffmann (Meurthe-et-Moselle) ; M. le Dr Giraud (Hérault).

A la 2e classe du grade — M. le Dr Roger Petit (Oise) ; M. le docteur Robini (Loire) ; M. le Dr Armand Benech (Haute-Vienne) ; Mme le Dr Berthezène (Ain) ; Mme le Dr Darnaud (Saône-et-Loire) ; Mlle le Dr Roche (Côte-d'Or) ; M. le Dr Hamon (Seine-Inférieure) ; M. le Dr Mele (Jura) ; Mlle le Dr Blanc (Bouches-du-Rhône) ; M. le Dr Minon (Somme) ; M. le Dr Eschwind (Haute-Loire) ; Mme le Dr Boucaumont (Puy-de-Dôme) ; Mlle le Dr Le Bacon (Morbihan) ; M. le Dr Rodallec (Loir-et-Cher) ; M. le Dr Bernard (Manche).

Sont reclassés en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé, les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène dont les noms suivent :

A la hors-classe du grade. — M. le Dr Thurel (Charente).

A la 2e classe du grade. — Mlle le Dr Regnault (Somme).

A la 3e classe du grade. — M. le Dr Deguiral (Aveyron) ; M. le Dr Castaigne (Lot-et-Garonne).

Est reclassé en qualité de médecin inspecteur de la santé de l'Indre, à compter du 24 mars 1941 :

M. le Dr Bapt (Indre).

Sont reclassés en qualité de médecin inspecteur de la santé les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène (antérieurement à leur reclassement, directeurs de bureau d'hygiène de villes de moins de 50.000 habitants) dont les noms suivent :

A la 1re classe du grade. — M. le Dr Julie (Alpes-Maritimes).

A la 2e classe du grade. — Mlle le Dr Roussy (Allier) ; M. le docteur Guiol (Var) ; M. le Dr Persoz (Basses-Alpes) ; M. le Dr Fraissinet (Alpes-Maritimes) ; M. le Dr Robert (Aude).

(*J. O.*, 21 juin 1941.)

Académie de Médecine. — En comité secret, l'Académie a décidé qu'il n'y aura pas de séance le mardi 15 juillet. Pendant les mois d'août et de septembre, l'Académie se réunira le 1er et le 3e mardi de chaque mois.

La Fondation Roux offre un certain nombre de bourses de 24.000 francs à de jeunes travailleurs *français* ayant terminé leurs études et désirant se consacrer à des recherches scientifiques.

Les candidats, choisis sur titres et références, doivent répondre à un questionnaire dont ils trouveront un exemplaire auprès de l'administrateur de la Fondation Roux, 96, rue Falguière, Paris (15e arrond.).

Ces demandes seront déposées, avant le 15 août 1941, les bourses partent du 1er novembre 1941 et non pas comme le porte l'affiche, par suite d une erreur d'impression, du 1er novembre 1942.

La Mutuelle d'Assurances des Médecins Français. — Contrairement à tous les bruits qui ont été mis en circulation par des personnes intéressées, l'ancienne Mutuelle Confédérale d'Assurances des Médecins Syndiqués Français n'a pas été atteinte par la dissolution des syndicats.

Cette ancienne mutuelle a modifié son titre et s'adresse, désormais, à tous les médecins ayant été autorisés à exercer par les Conseils départementaux de l'Ordre.

Elle ne pouvait être dissoute car elle constitue une Société absolument indépendante de la confédération ou des syndicats médicaux avec statuts, Conseil, d'administration et Assemblées générales nettement distincts.

Elle continue à appliquer des tarifs réduits et à réserver tous ses bénéfices à la caisse d'allocations Pierre Dibos.

La Mutuelle d'Assurances des Médecins Français garantit les risques automobiles (risques aux tiers, incendie, vol, illimitée, protection juridique) responsabilité civile professionnelle, incendie (meubles et immeubles).

Les bureaux, pour la zone occupée, sont installés au 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e). Téléph. : Inv. 07-77. C. C. P. : Paris 1864-96.

Pour la zone occupée, le siège social a été fixé à Brive (Corrèze), 1, rue Paul-de-Salvandy. C. C. P. : 253-66, Limoges.

Nécrologie

Le Dr Henri Barbier, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de 83 ans. Pédiatre réputé, M. Barbier avait été nommé médecin des hôpitaux en 1896. Il était chef de service à l'hôpital Hérold quand il fut atteint par la retraite en 1925.

— Le Dr Pierre Even, sénateur.

— Le Dr Archimbaud, d'Aubenas, décédé victime d'un accident d'automobile.

Renseignements

Femme de médecin, ancienne directrice de clinique, prendrait en pension, à Paris, malade chronique impotente. Logement, nourriture et soins de premier ordre. S'adresser au journal.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

Liste des citations du corps de santé homologuées après revision

(*extraites du* Journal Officiel, *1er juin 1941 et suivants*) (1)

[Voir *Gaz. Hôp.*, nos 51-52 et suivants]

Abréviations. — A : Ordre de l'armée ; CA : Ordre du corps d'armée ; D : Ordre de la division ; B : Ordre de la brigade ; R : Ordre du régiment.

12e B. C. A. — Méd.-lieut. Deplante, R ; méd.-aux. Goirault, R; méd.-aux. Weiss, R.

14e B. C. A. — Méd.-lieut. Dumond, D.

15e B. C. A. — Méd.-lieut. Boutet, B.

17e B. C. portés. — Méd.-lieut. Derobert, D ; dent.-aux. Lumbroso, D.

18e B. C. A. — Méd.-aux. Poucel, D.

21e B. C. portés. — Méd.-aux. Talairach, B ; méd.-lieut. Levêque, D.

23e B. C. A. — Méd.-aux. Casanova, CA, D.

27e B. C. A. — Méd.-aux. Joie, A, A.

28e B. C. A. — Méd.-aux. Charbonnier, R.

44e B. C. P. — Méd.-aux. Bernard, D.

53e B. C. P. — Méd.-aux. Tillier, A.

87e B. C. A. — Méd.-aux. Henry, R.

93e B. C. A. — Méd.-aux. Rabechaud, R.

102e B. C. P. — Méd.-cap. Dicharry, R.

(*J. O.*, 19 juin 1941.)

1er R. de Zouaves. — Méd.-aux. Carré, R ; méd.-aux. Axelrad, B ; méd.-aux. Bonvallet, B.

4e Zouaves. — Méd.-cap. Cartier, D ; dent.-s.-lieut. Journoud, D; méd.-aux. Benmussa, R. ; méd.-lieut. Monpère, R.

11e Zouaves. — Dent.-aux. Broder, CA. ; pharm.-lieut. Delaquet, D.

6e Rég. Tir. Alg. — Méd.-aux. Fieschi, D.

11e R. T. A. — Méd.-lieut. Grangaud, B.

13e R. T. A. — Méd.-cap. Ollivier, CA.

14e R. T. A. — Méd.-aux. Lechertier, CA.

17e R. T. A. — Dent.-aux. Taieb Ben Salem, B ; méd.-aux Vollenweider, A ; méd.-aux. Tassy, D ; méd.-aux. Pujol, D ; méd.-lieut. Richard, B.

18e R. T. A. — Méd.-cap. Bœau Brissonnière, A ; méd.-aux. Isnard, D.

27e R. T. A. — Méd.-aux. Hugueny, B.

31e R. T. A. — Méd.-aux. Fouchet, R ; méd.-lieut. Biojout, R. ; dent.-aux. Blumberg, R ; méd.-lieut. Quintard, R ; méd.-aux. Boukhelloua, R ; méd.-aux. Francis Ahmed, D.

4e R. T. Tun. — Méd.-cap. Bourgeot, D, D ; pharm.-lieut. Cottard, D, D ; méd.-aux. Sirol, D, D.

8e R. T. Tun. — Méd.-aux. Jacquet, CA ; méd.-lieut. Hirondelle, D ; méd.-lieut. de Couze, D ; méd.-lieut. Beaumont, D ; méd.-aux. Limouze, R.

20e R. T. Tun. — Méd.-lieut. Tixier, D ; pharm.-s.-lieut. Joly, R ; dent.-aux. Massa, R ; méd.-lieut. Jourdan, B ; méd.-lieut. Martinez, R.

(*A suivre.*) (*J. O.*, 20 juin 1941.)

(1) Ces listes seront complétées au fur et à mesure des homologations qui, pour certains corps, ne sont pas terminées, notamment en ce qui concerne les prisonniers.

HOSPICES CIVILS DE LA ROCHELLE

Avis de concours. — Un concours est ouvert à l'Hôpital-Hospice de La Rochelle (Charente-Inférieure), pour le poste de Directeur. Pour tous renseignements concernant les conditions d'admission, le programme et la date du concours, s'adresser au vice-président de la Commission Administrative. 1993

REFLEXIONS SUR LES MAIGREURS NERVEUSES

Par J.-A. Chavany

Médecin de l'Hôpital N.-D.-de-Bon-Secours

Les acquisitions médicales nouvelles faites dans tous les domaines de la médecine, et spécialement dans le domaine physio-pathologique, apportent d'incessantes modifications aux conceptions en cours, celles surtout qui visent la pathogénie des processus morbides. De telles modifications sont parfois profondes et durables, parfois au contraire toutes de surface et éphémères. Mais, en tout état de cause, il est rare qu'une semblable mise à l'ordre du jour, pour un temps variable, d'un problème médical ne fasse pas progresser nos connaissances à son sujet. La multiplication des faits cliniques au anatomo-cliniques rapportés, que ce soit dans un sens positif ou dans un sens négatif, la confrontation de ces faits avec les théories et les hypothèses émises entrainent un brassage des idées classiques, d'où ressort dans la règle plus de précision et davantage de clarté. Après les mouvements de flux et de reflux de la période active, on arrive à des vues d'ensemble se rapprochant davantage de la vérité et sans qu'il y ait eu révolution on peut dire qu'il y a progrès.

La vieille question de l'anorexie mentale vient durant la précédente décade d'être secouée d'une de ces *lames de fonds révisionnistes*. En est-il resté quelque chose de neuf et de solide? C'est ce que nous allons chercher à élucider dans ce travail.

***

Il est d'abord indispensable de préluder par un rapide *exposé historique* des faits.

La *première étape* est une étape *psychiâtrique* et *fonctionnelle*. Elle est de beaucoup la plus longue, car l'anorexie mentale est connue depuis très longtemps. Si c'est Huchard qui lui a donné son nom, l'anglais Richaard Morton, dès 1694, signale cette variété de *consomption nerveuse* qui trouve son origine immédiate « dans le système des nerfs ». Un siècle plus tard, en 1789, Naudeau l'identifie en France sous la rubrique de « maladie nerveuse accompagnée d'un dégout extraordinaire pour les aliments ». C'est Lasègue qui, en 1873 en fournit la première description détaillée. Enfin, Déjerine et ses élèves, la considérant comme une affection idiopathique, l'étudient minutieusement tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique.

La *seconde étape endocrinienne* et *organique* est ouverte par la description en 1914 de la cachexie hypophysaire par Simmonds (de Hambourg), maladie en rapport avec des lésions constatables à l'autopsie de l'hypophyse ou de la région infundibulo-tubérienne. Nombre d'auteurs ne tardent pas d'être frappés de la similitude de nombreux symptômes de l'anorexie mentale et de la cachexie hypophysaire. On parle de *formes frustes*, *atténuées* de la maladie de Simmonds. Bickel décrit les *maigreurs hypophysaires* ressemblant par bien des points à l'ancienne anorexie mentale. Augier et Cossa se demandent « si à la base du syndrome classique d'anorexie mentale on ne retrouve pas toujours un état d'hypopituitarisme antérieur ». Cinq cas observés par eux les confirment dans cette manière de voir. Cornil soutient « que les cas d'anorexie mentale vraie sont, la plupart du temps, des formes atténuées du syndrome de Simmonds ».

Nombreux sont les cliniciens qui ont réagi contre une telle généralisation. Citons à la Société de Neurologie Souques, André Thomas, et dans la presse Loeper et Fau, Stévenin et Gaube, N. Péron, etc. Nous estimons, quant à nous, qu'il existe une catégorie de faits tout à fait voisins sémiotiquement de l'anorexie mentale authentique (qui reste sans conteste dans notre esprit l'affection la plus fréquente) et qui sont, comme nous l'ont enseigné plusieurs résultats thérapeutiques concluants, sous la dépendance d'une insuffisance antéhypophisaire, une telle insuffisance glandulaire pouvant être primitive ou, au contraire, secondaire à un dysfonctionnement des centres végétatifs du plancher du troisième ventricule.

***

PARTIE CLINIQUE

Il est d'abord une constatation qui s'impose d'emblée, c'est que tous ces faits de consomption nerveuse que nous avons en vue ici se présentent, au moins à leur période d'état et à une observation élémentaire, avec un *groupement sémiotique apparemment identique* et qui leur confère à première vue *un air de famille indéniable*. Schématisons en quelques traits *ce bloc symptômatique commun*, quitte à reprendre l'analyse de chaque symptôme avec plus de finesse à l'occasion du regroupement étiologique.

Ce bloc commun comprend essentiellement *l'amaigrissement*, les *troubles génitaux* et les *troubles mentaux*.

Dans la règle, l'amaigrissement domine la scène. Son ampleur atteint et souvent dépasse celle observée dans les maladies électivement cachectisantes comme la tuberculose et le cancer. Il est massif, portant à la fois sur l'ensemble du pannicule adipeux et sur tout le système musculaire. Il peut atteindre la moitié du poids corporel et même davantage et on peut voir des sujets adultes de taille moyenne descendre au poids de 25 kilos. Véritablement décharnés, ils n'ont plus alors que la peau sur les os et semblent de vrais squelettes animés. Un tel amaigrissement est le plus souvent conditionné par une *restriction considérable des apports alimentaires*, qu'une telle restriction soit au début volontaire ou due à un état anorexique, inexplicable dégoût pour les aliments indépendant de la volonté du patient. On retrouve habituellement un parallélisme étroit entre l'intensité de la sous-alimentation et le degré de dénutrition.

Les *troubles génitaux* consistent en aménorrhée chez la femme, impuissance génitale chez l'homme.

Les *troubles spychiques* constituent le troisième élément constitutif — et non le moins important pour le diagnostic étiologique — de cette triade clinique. Ils n'attirent pas l'attention de l'observateur de manière aussi frappante que les deux précédents et ils exigent une minutieuse enquête à la fois actuelle et rétrospective. Très variables d'intensité, de forme et vraisemblablement aussi de pathogénie ils ont, répétons-le, avec leurs aspects divers ou bien réduits au minimum ou bien très accusés, une importance primordiale pour le classement de chaque cas.

Un tel groupement symptômatique est loin de posséder chez tous les malades la *même signification nosographique*. Il répond, en d'autres termes, à *des maladies différentes*.

Nous possédons pour aider à leur identification *un certain nombre de critères* : clinique thérapeutique et biologique. Ces critères, empressons-nous de le dire, n'ont pas de valeur absolue. En les utilisant toutefois, nous allons chercher à camper les traits de *l'anorexie mentale légitime* avec ses aspects neuro-psychique et psycho-digestif. Nous étudierons ensuite la forme neuro-végétato-endocrinienne et nous dirons quelques mots de l'étape ultime vers l'hypopituitarisme total, c'est-à-dire de la maladie de Simmonds.

En exergue d'un tel exposé clinique il convient de faire ressortir que l'un des facteurs les plus importants de cette tâche d'identification réside dans la *chronologie différente des symptômes* d'où la nécessité d'un interrogatoire complet des malades et de leur entourage. Cet interrogatoire est souvent rendu difficile par la réticence des premiers et l'incompréhension des autres. Toujours sur le plan clinique nous retiendrons encore la *notion d'âge et de sexe* et la *rapidité plus ou moins grande d'installation* des signes se manifestant tantôt avec une brusquerie manifeste, tantôt avec une notoire insidiosité et aussi les circonstances matérielles et psycho-morales qui gravitent autour de ce début.

L'anorexie mentale vraie
(anorexie neuro-psychique)

L'anorexie mentale vraie constitue un *état psychonévrosique* observé dans la grande majorité des cas chez la jeune fille de 16 à 20 ans ; on peut l'observer aussi chez l'enfant et chez le nourrisson.

Le *primum movens* en est la *restriction progressive de l'alimentation*. Cette restriction est le plus souvent volontaire. Quand il est loisible d'*extérioriser les mobiles* avec netteté, besogne ardue car certains sont subconscients et les malades souvent réticentes et renfermées, certains de ces mobiles s'avèrent de prime abord *naturels ;* telle la coquetterie et la peur de grossir si fréquente à tous les âges dans le sexe féminin, tels les traumatismes psychiques « ces passions violentes de l'âme » dont parlait déjà Morton, et qui avaient frappé Lasègue quand il signalait le rôle « d'une émotion avouée ou dissimulée » et celui « d'une contrariété afférente à quelque sympathie ou même à quelque aspiration plus ou moins consciente ». Mais la *motivation* s'avère souvent *bizarre :* peur exagérée de la constipation, répulsion pour certaines façons d'accommoder les aliments, crainte de perdre trop de temps en mangeant, attirance obsédante vers la pratique religieuse du jeûne, besoin d'attirer l'attention sur soi. Il n'est point jusqu'à la peur de l'embonpoint qui ne puisse prendre, par son ampleur, un véritable caractère phobique.

La limitation alimentaire entraine une *baisse complémentaire de l'appétit* qui finit par disparaître. Par non usage s'installe une *véritable inhibition du sentiment de faim* contre laquelle le sujet arrive à ne plus avoir la force de réagir, finissant par n'ingérer que des quantités infimes de produits nutritifs. Une curieuse fantaisie préside parfois à l'élaboration de ce régime. Il est des anorexiques qui se nourrissent exclusivement de compotes de fruits ou de biscuits, d'autres de beurre, certains de légumes cuits exclusivement à l'eau et sans sel, certains enfin uniquement de coquillages. Telle malade de Déjerine pendant des semaines se borne à humecter de temps en temps ses lèvres avec un pinceau trempé dans de l'eau sucrée.

L'insistance de l'entourage, très souvent d'ailleurs maladroit, ne sert absolument à rien, s'il n'aggrave même l'obstination des malades. Leur ardeur négativiste leur suggère toutes sortes de ruses : dissimulation des aliments, vomissements provoqués. Parfois, à un certain stade, s'installe une intolérance gastrique véritable qui vient faciliter leur tâche en leur faisant rejeter naturellement tous les aliments ingérés.

En présence d'une telle carence alimentaire, on conçoit que l'amaigrissement évolue de façon rapide proportionnelle au taux de cette carence.

Pendant une période assez longue, et un tel fait, paradoxal en soi, mérite d'être souligné, nombre d'anorexiques, avec les forces qui leur restent, conservent une activité sociale et intellectuelle qui étonne, eu égard à leur état de déchéance physique déjà avancé. Il est encore à remarquer que beaucoup de ces malades ne sont nullement impressionnés par cette déchéance physique ; ils demeurent gais et euphoriques, et un tel contentement, témoin d'une autocritique très amoindrie contraste étrangement avec les angoisses de la famille.

Et cependant les semaines passent sans changement et l'amaigrissement va son train. Les règles ont disparu, comme s'il s'agissait d'une fonction de luxe (Péron), dont l'organisme ne peut plus faire les frais. La débilitation devient extrême, et le tableau clinique est véritablement impressionnant. La langue est saburrale à l'excès, l'haleine fétide, les urines rares, la constipation opiniâtre. *Le pouls s'accélère.* On croit se trouver devant une maladie chronique (tuberculose ou cancer) parvenue au stade ultime de son cycle évolutif. Comme l'écrit Déjerine « les yeux sont saillants, les pommettes semblent percer les joues. Celles-ci sont excavées. Sur la paroi thoracique pendent des seins flétris. Toutes les côtes font relief. Les omoplates paraissent se détacher du squelette. Chacune des apophyses épineuses se dessine sous la peau. La paroi abdominale rentrée accuse le relief des fausses côtes et dessine les contours du bassin. Les cuisses et les mollets sont réduits à leur ossature ».

Si on laisse aller ainsi les choses l'*exitus* peut s'en suivre (10 à 12 % des cas). Il est le fait de la cachexie ou d'une maladie intercurrente, broncho-pneumonie et surtout tuberculose pulmonaire à marche rapide. Il s'agit donc d'une maladie à *pronostic vital sérieux.*

On cite des cas de guérisons spontanées mais il ne faut compter, pour l'obtenir, que sur la mise en œuvre le plus précocement possible de la vieille méthode qui a fait ses preuves : isolement, alimentation forcée et psychothérapie. Nous développerons, en fin d'étude, les modalités de cette cure dans un chapitre thérapeutique d'ensemble.

Dans le cours de cette forme neuro-psychique l'étude du *fonds mental* nécessite une particulière attention. Une telle maladie évolue en effet sur un *terrain psychique spécial* d'origine constitutionnelle et assez variable suivant les cas. L'*hérédité névropathique* est fréquemment notée dans les antécédents. Parfois on ne retrouve qu'un fonds d'hyperémotivité maladive qui rend de tels êtres hypersensibles aux différents chocs nerveux que la vie comporte. Mais il n'est pas rare que sur un tel fonds se greffe une suggestibilité accrue que ne viennent pas contrebattre un jugement et un esprit critique émoussés. Si on y joint l'indifférence à leur sort, leur résignation apparente, le souci fréquent d'attirer l'attention sur leur personne et sur leur cas, ne retrouve-t-on pas là les traits essentiels *du tempérament hystéro-pithiatique!* A l'heure où l'hystérie fleurissait, tous les cas d'anorexie mentale étaient étiquetés hystériques ; maintenant qu'elle est en sommeil, on ne veut plus la reconnaître nulle part. Nous pensons que la forme neuro-psychique de l'anorexie mentale est un des refuges actuels de la grande névrose et nous partageons l'opinion que notre regretté ami Codet a brillamment soutenu dans un article de la *Pratique Médico-Chirurgicale.*

Sur un terrain ainsi préparé, c'est souvent une *considération utilitaire* qui fait naître le paroxysme, le sujet l'emploie comme moyen de chantage pour faire pression sur sa famille dans le but de parvenir à certaines fins (par exemple quitter un établissement scolaire où il ne se plait pas). Ailleurs c'est un *conflit idéo-affectif* non liquidé qui est à la base et il faut toujours chercher à l'objectiver au cours d'une véritable confession. Telle malade observée par Chatagnon et Scherrer présente un complexe d'infériorité vis-à-vis de sa sœur qui a fort bien réussi dans ses études et vient de faire un beau mariage. Telle enfant observée par Cathala entre dans la maladie à la suite de la mort d'une sœur dont elle appréhende de subir le sort. C'est un sentiment de jalousie qui pousse telle autre jeune fille. L'importance des *conflits familiaux* auxquels le sujet assiste comme témoin ou participe comme acteur mérite enfin d'être retenue.

Dans d'autres cas on peut mettre en évidence un *tempérament phobique* plus ou moins net avec tendance aux scrupules et aux obsessions : obsession esthétique, obsession religieuse et mystique rentrant dans le cadre de la *psychose obsessionnelle.*

Chez d'autres sujets on relève des obsessions hypocondriaques nettes pouvant aller jusqu'au délire du même nom. Il s'agit là de mauvais cas pouvant apparemment guérir, mais sujets à des rechutes et pouvant évoluer ultérieurement vers un état hébéphrénique caractérisé.

En pénétrant dans le domaine des psychoses nous sortons du cadre de l'anorexie mentale vraie pour entrer dans le domaine des maladies mentales où il s'agit non plus d'anorexie mais de *refus d'alimentation* symptôme fréquent par exemple au cours des phases dépressives de la psychose périodique.

L'anorexie mentale secondaire
(forme psycho-digestive)

Le tableau que nous venons de tracer peut être précédé d'une *phase plus ou moins longue de troubles digestifs,* à l'allure capricieuse.

Ici il s'agit encore le plus souvent de femmes mais la gamme de leur âge est plus étendue et surtout le neurologue les voit beaucoup plus tardivement, souvent après des années de pérégrinations pathologiques. Nombreuses et variées sont les étiquettes accolées à leurs troubles digestifs : dyspepsie, appendicite chronique, colite, cholécystite

chronique. Souvent les sujets ont subi diverses opérations chirurgicales sans aucun bénéfice, car il s'agit *de troubles purement fonctionnels* sans aucune lésion organique radiologiquement appréciable. Ils ont été soumis ou se sont soumis d'eux-mêmes à des *régimes restrictifs parfois très sévères* pour éviter les crampes d'estomac, le ballonnement du ventre, la constipation, les fermentations, les débâcles diarrhéiques. Ils ne se sentent bien qu'à jeûn et toute ingestion alimentaire les alourdit, les incommode. Petit à petit la majorité des aliments, chacun pour un motif différent, est éliminée de leur régime ; ils deviennent de *véritables jeûneurs* et la sous-alimentation chaque jour plus serrée accentue un état de dénutrition qui s'aggrave de mois en mois.

Quand on analyse de près ces cas apparents de pathologie digestive on s'aperçoit qu'ils ont germé eux aussi sur un *terrain spychique morbide :* tempérament inquiet, volontiers renfermé, déséquilibre du comportement mental avec alternatives d'excitation et de dépression. La préoccupation maladive s'est cristallisée sur le tractus gastro-intestinal et ses glandes annexes dont le patient scrute le fonctionnement à chaque instant du jour et de la nuit et dont il est prêt à en interpréter les faux pas les plus anodins dans un sens péjoratif. La *névrose digestive* prend corps avec tout son cortège de signes fonctionnels et, loin de la calmer, la sous-alimentation en attise la vigueur. Le dysfonctionnement psychique accru par l'inanition augmente l'importance des troubles digestifs ; la restriction alimentaire entraine une tolérance de plus en plus réduite des aliments. L'absence « dirigée » de fonctionnement glandulaire accroit au maximum l'inappétence qui devient rapidement invincible. Il arrive à se créer entre les deux ordres de phénomènes nerveux et digestifs une sorte de cercle vicieux ininterrompu multipliant les interréactions néfastes avec la cachexie comme aboutissant.

Cette carence glandulaire digestive d'origine alimentaire déborde sur les autres glandes, en particulier les ovaires d'où la fréquence encore ici de *l'aménorrhée.* Loeper et Fau penchent même, dans un certain nombre de cas, pour une insuffisance ovarienne primitive.

L'évolution est analogue à celle du précédent syndrome avec les mêmes armes thérapeutiques.

L'anorexie neuro-végétato-endocrinienne

En regard de la forme psychique pure qui constitue la véritable anorexie mentale au sens propre du terme, nous estimons pouvoir intégrer une forme clinique que nous dénommons *anorexie neuro-végétato-endocrinienne.* Elle s'apparente aux maigreurs hypophysaires de Bickel mais contrairement à lui, nous l'estimons beaucoup plus rare que la forme neuro-psychique sans substratum hypophysaire tout au moins primitif. Elle s'observe dans les périodes de grand bouleversement humoral de l'économie, avant et après la puberté et plus rarement à la ménopause, après une grossesse ; elle fait parfois suite à une infection grave comme la dothiénentérie.

Le plus souvent en pleine santé physique et morale deux symptômes s'installent de concert : *l'amaigrissement et l'anorexie.*

L'amaigrissement, banal en soi, prend peu à peu les mêmes inquiétantes proportions que dans les précédentes formes.

L'anorexie, elle, est très spéciale. Ce n'est plus une restriction plus ou moins volitionnelle, c'est un *dégoût instinctif pour les aliments*, dégoût qui s'avère rapidement absolu. Bickel compare cette répulsion alimentaire à la soif dévorante du diabète insipide. L'alimentation devient dans de telles conditions une véritable souffrance ; rien d'étonnant à ce que de tels malades usent de tous les subterfuges pour s'y soustraire et deviennent, en conséquence, sournois et hypocrites. On assiste ici à un *changement de caractère* qui, de normal, gai, enjoué et ouvert devient triste, dissimulé, irascible ; un tel changement amène une insubordination des plus franches. On assiste même parfois à une *véritable involution du caractère* avec réapparition de désirs ou d'habitudes infantiles ou juvéniles. Le trouble mental s'avère donc ici *secondaire*, telle une réaction de défense utilitaire à l'égard d'un acte devenu horriblement pénible.

L'*aménorrhée* s'installe dans les mois qui suivent le début de l'amaigrissement ; elle devient totale après une phase d'hypoménorrhée. Le retour même partiel des menstrues est souvent le signe avant-coureur de l'amélioration.

Le métabolisme de base est diminué de l'ordre de grandeur de 20 à 30 pour 100. La tension artérielle est basse et le *pouls* ici est *ralenti.* Il existe des troubles vaso-moteurs des extrémités. Il existe une tendance hypoglycémiante nette ; à jeun, les chiffres de la glycémie sont de 0 gr. 70 à 0 gr. 80 par litre. Diminution de la flèche d'hyperglycémie provoquée. Augmentation du taux du cholestérol sanguin. Très grande sensibilité aux injections d'insuline même à faibles doses.

Chez le jeune enfant on peut enregistrer un arrêt plus ou moins total de la croissance.

Une telle forme, et c'est même là un test de son authenticité, réagit favorablement aux injections d'extrait hypophysaire antérieur.

La maladie de Simmonds

C'est une affection *très rare* et *très grave* puisque May et Robert, dans un mémoire paru en 1935, dans les *Annales de Médecine*, ont pu en colliger 78 observations dont 44 ont été suivies d'exitus. La cachexie hypophysaire frappe les femmes adultes ayant eu plusieurs enfants, souvent après un accouchement. On ne retrouve pas de trauma psychique à sa base. Le début en est *brusque* sans signes précurseurs en particulier du côté du tube digestif. Il est marqué par un *amaigrissement* progressif que *rien n'explique* et sans rapport avec une diminution quelconque de la ration alimentaire habituelle. Une anorexie invincible suit cet amaigrissement qui, plus marqué dans la moitié supérieure du corps, peut atteindre d'énormes proportions (63 % du poids initial). Un état asthénique se constitue assez longtemps compatible avec un certain taux d'activité sociale. L'aménorrhée peut s'installer brusquement ; elle est ordinairement *précoce* au contraire des *troubles psychiques* qui, eux, sont *tardifs :* dépression psychique, idées tristes, troubles mémoriaux, insomnie. La peau est sèche, ridée, écailleuse. On note la chute des poils axillaires et pubiens, la chute des dents. Une hypotension notable est de règle de même qu'un très important abaissement du métabolisme basal. Il y a de l'hypothermie et le *pouls est ralenti*, signe de grande valeur. Le trouble du taux des glucides est encore plus frappant que dans la forme précédente.

L'évolution est assez lente ; elle se fait vers la mort en plusieurs années (5 à 8 ans) si l'on n'intervient pas par l'opothérapie spécifique avant la période de cachexie irrémédiable.

(A suivre.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 2 juillet 1941. — 1° Jury : MM. Baudouin, Mathieu, Troisier, Vallery-Radot. — M. Giudicelli-Bousquet. Contribution à l'étude du traitement du pied plat de l'enfant et de l'adolescent par la gymnastique. — M. Rabourdin. Les os pagétoïdes. Essai clinique et pathogénique. — M. Leblanc. De la tuberculose pleuro-pulmonaire des noirs récemment importés en France. — Mme Destouches. Le rôle de la chirurgie dans le traitement des hypertensions artérielles malignes. — Mme Boy-Coqueblin. La bronchoscopie dans les hémoptysies sans cause apparente. — Mme Hardré de Looze. Sur un cas de diabète traumatique.

2° Jury : MM. Lœper, Mondor, Aubertin, Basset. — M. Horner. Contribution à l'étude du rhumatisme allergique. — M. Cotillon. Les invaginations appendiculaires. — M. Gandrille. Les hémorragies digestives post-opératoires. — Mlle Poincet. A propos de deux cas d'hypertension artérielle syphilitique.

3° Jury : MM. Lemierre, Abrami, Chevallier, Petit-Dutaillis. — M. Roger. Le monocyte. Etude morphologique. — M. Billard. Contribution à l'étude des fractures du col du fémur.

THESE VETERINAIRE

Mercredi 2 juillet 1941. — Jury : MM. Champy, Henry, Letard. — M. Bouju. Essais de sélection des races françaises de carpes.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Le kala-azar infantile

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Longtemps, on a cru que le kala-azar infantile ou méditerranéen, ou *anémie splénique infantile*, se différenciait du kala-azar indien, qui ne frappe que les adultes et qu'il ne pouvait s'observer en dehors des rivages de la Méditerranée. Autant de mots, autant d'erreurs : 1° Kala-azar de l'adulte et kala-azar de l'enfant ne constituent qu'une seule et même maladie, liée à l'introduction dans l'économie du *Leismanhia Donovani ;* 2° le kala-azar « méditerranéen » a été signalé chez de jeunes sujets n'ayant jamais quitté Nancy (M. Pehu et Bertoye). Plus l'attention est attirée sur cette maladie, plus elle semble devenir fréquente. Il y a donc grand intérêt à en connaître les principaux caractères, d'autant qu'elle risque, si elle est méconnue, de se terminer par la mort, tandis que diagnostiquée à temps et correctement soignée, elle a de grandes chances de guérir.

L'étiologie en est simple. L'agent causal de la maladie, c'est le *Leismanhia Donovani*, prociste intracellulaire qui, pour la première fois, a été isolé des organes d'un enfant tunisien par Laveran et Cathoire (1904). Renvoyant, pour sa description, aux Traités de parasitologie, nous nous contenterons d'étudier :

Son mode de transmission. Pour Ch. Nicolle, c'est le *chien* qui est le réservoir de virus. En faveur de cette théorie un gros argument : il existe une Leismanhiose canine sur laquelle paraît calquée, en ce qui concerne sa répartition géographique, la Leismanhiose humaine ; dans le cas de MM. Pehu et Bertoye, l'enfant semble bien avoir été contaminé par les chiens d'un cirque forain ; contre elle, une objection : dans l'Inde, les chiens vivant au contact des enfants malades sont sains, objection qui n'a peut-être pas une valeur extrême si, comme l'ont fait remarquer MM. H. Darre et R. Martin, on admet qu'un enfant peut toujours avoir été contagionné par un chien étranger. Pour M. Giraud, de Marseille, s'il est vraisemblable que le chien puisse servir de réservoir de virus, il n'est pas prouvé qu'il puisse contaminer directement l'homme. Aussi a-t-on incriminé divers insectes piqueurs, et, parmi eux, les *tiques* (Blanc et Caminopetros), d'autant que le kala-azar frappe surtout les enfants élevés en banlieue ou à la campagne, comme s'ils étaient infectés par quelque insecte rural (Giraud).

Sa fréquence suivant l'âge. Il sévit surtout chez les enfants d'un à trois ans (Giraud), de six à dix ans (Jemma, de Naples).

Sa répartition. En ce qui concerne la France, la maladie a été surtout signalée dans la *région niçoise* (M. Labbé, Purghetti et Ameuille ; d'Œlsnitz ; Terrien et Bisard) et *marseillaise* (Giraud, J. Renault, Monier-Vinard et Gendron). MM. Jacquet, d'une part, L.-E. Tixier, de l'autre, ont suivi à Paris, des cas où l'infection avait été contractée sur la Côte d'Azur. Nous avons déjà mentionné le cas nancéen de Pehu et Bertoye et insisté sur la prédilection du mal pour la banlieue et pour la campagne (Giraud).

Etude clinique. Après une *période d'incubation* qui, dans un cas de MM. Marquezy, H. Monier et H. Borien, n'a duré que trois semaines, la maladie *débute* insidieusement par des troubles digestifs, de l'anémie et de la fièvre.

A la *période d'état*, les symptômes dominants sont :

Une *anémie* précoce, marquée, progressive ;

Une *splénomégalie* telle qu'on a pu dire (Giraud) que la rate du kala-azar était la plus grosse de toutes les grosses rates infantiles : ferme, dure, indolente, de surface régulière, mobile avec les mouvements respiratoires, elle descend dans le flanc gauche, puis se recourbe pour occuper la fosse iliaque (*rate en équerre* de Giraud) ; il s'y associe souvent une hépatomégalie modérée et des adénopathies discrètes ;

Une *fièvre* d'abord intermittente, puis continue, avec de nombreuses irrégularités, dont certaines sont dues à de petits accès fébriles, souvent, mais non toujours (Lereboullet, Chabrun et Baize), suivis de sueurs.

Livrée à elle-même, la maladie aboutit en quelques mois à la mort par cachexie, par hémorragie, par infection secondaire : broncho-pneumonie, noma, ou par cachexie.

Le diagnostic passe par trois phases (Jacquet) :

Une *clinique*, où la splénomégalie étant constatée, il s'agit d'en reconnaître la cause. Les examens de sang permettront d'éliminer facilement les leucémies, le paludisme, la syphilis splénique, qu'améliore rapidement le traitement spécifique, les anémies pseudo-leucémiques, etc. Quant à la maladie de Niemann-Pick, on peut aisément en faire le diagnostic par ponction de la rate, qui ramène de nombreuses cellules vacuolaires. De même, dans les hépatosplénomégalies familiales de R. Debré et de ses collaborateurs, il y a la notion d'antécédents familiaux, la constatation d'une importante hépatomégalie associée à la splénomégalie, avec rétention de sels biliaires, l'évolution est très lente.

Une *biologique* et *hématologique*. Dans le kala-azar infantile, la réaction de la formol-gélification (Gate et Papacostas) est positive ; elle est d'autant plus précieuse qu'elle est plus simple à effectuer, puisqu'il suffit de mélanger xx gouttes de sérum du malade avec ii gouttes de la solution de formol à 40 % pour voir apparaître, si elle est positive, un gel blanc opaque. Elle est malheureusement un peu tardive, ne se montrant qu'au bout de quelques mois.

Quant à la formule sanguine, c'est celle d'une *anémie aplastique avec leucopénie* et *forte mononucléose*.

Une *parasitologique*, qui mettra en évidence, dans le suc retiré par ponction de rate, de nombreux parasites libres ou inclus dans des mononucléaires (Jemma, Cannata). L'opération est simple et sans danger, à condition de se servir d'aiguilles fines, de procéder avec vitesse, d'immobiliser l'enfant quelques heures. A-t-il tendance à saigner, on lui administrera à l'avance, un sérum animal ou du chlorure de calcium. On se rappellera aussi que l'intervention est contre-indiquée chez les sujets cachectiques.

Un seul traitement, l'administration de sels *d'antimoine* (Caronia et Cristina, 1914), que l'on utilise :

Le *stibényl*, aux doses de 0 gr. 03 pour commencer, en montant à 0 gr. 05, 0 gr. 10, 0 gr. 20 et même 0 gr. 30, en injections intramusculaires : une tous les deux jours, jusqu'à concurrence de dix ;

Le *stibosane*, le *néostibosane* et le *stibinal*, plus actifs, mais aussi plus toxiques, et qu'il faut, par conséquent prescrire à doses plus faibles.

Avec l'antimoine, la rate diminue de volume, la formule hématologique se modifie dans un sens favorable, en ce sens qu'on voit apparaître dans le sang les signes habituels de rénovation : anisocytose, poikilokitose, polychromatophilie, présence d'hématies nucléées, l'état général s'améliore et la guérison s'annonce. Ces résultats peuvent être obtenus avec toutes les préparations d'antimoine (Giraud), et la mortalité peut s'abaisser de 90 à 20 % (Jemma). Il faut malheureusement compter avec :

1° Les *accidents d'intolérance*, les uns bénins : toux, coqueluchoïde ; les autres graves ou mêmes mortels : vomissements, dyspnée bulbaire ;

2° Les *cas de stibio-résistance* (Jemma).

Pour éviter les premiers, commencer par des doses infimes, espacer suffisamment les injections, s'assurer que le médicament est bien éliminé par les urines ; redoubler de précautions chez les très jeunes enfants, dans les cas avancés comme dans ceux qui se compliquent d'hémorragies. Pour lutter contre les seconds, surtout s'ils sont primitifs, recourir à la transfusion (Giraud). Le même auteur se loue aussi, comme traitement adjuvant, des rayons ultraviolets.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 4 juin 1941

Enfants arriérés. — M. Georges Bourguignon fait une communication sur l'indice chronologique vestibulaire des enfants arriérés. Il insiste sur l'action favorable de la diélectrolyse de calcium des centres. Ce traitement agit à la fois sur le développement intellectuel et le développement physique.

Il y a là vraisemblablement une action sur l'hypophyse et, par son intermédiaire, sur tout le système endocrinien.

Ce traitement constituerait une véritable *auto-opothérapie.*

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 1er juillet 1941

Les condiments de remplacement. — M. Tanon, au nom de la Commission de l'alimentation présente un rapport sur une demande du syndicat des fabricants de moutarde, tendant à remplacer ce produit qui pourrait manquer, par une moutarde artificielle contenant de l'isothyocyanate d'allyle et coloré par le jaune naphtol.

La commission a conclu à un avis défavorable, avis adopté par l'Académie.

Sulfamidothérapie et bronchectasie. — MM. F. Bezançon, P. Ameuille et G. Guiot rapportent une observation quasi-expérimentale de dilatation bronchique bilatérale, cylindrique avec quelques éléments sacciformes où la sulfamidothérapie (Dagenan) a déterminé une amélioration considérable de symtômes fonctionnels et généraux.

La médication entraînant un certain degré d'agranulocytose ne peut être utilisée que d'une façon discontinue, chaque série médicamenteuse amenant très rapidement une diminution des trois quarts de l'expectoration, la sédation de la fièvre et de la toux, la suppression du médicament entraîne la reprise presque immédiate des symptômes.

Les auteurs rappellent les deux observations rapportées par M. Cordey où la médication fut également suivie de succès ; dans six autres cas personnels, ils n'ont eu, par contre, que des résultats incomplets.

L'inégalité des résultats s'explique par la variabilité même des formes anatomocliniques de la dilatation des bronches et par les éléments multiples qui interviennent dans la production de l'expectoration elle-même.

L'infection de la bronche due à des germes très variés, n'est pas le seul élément qui détermine l'expectoration ; il faut faire jouer un rôle à toute une série de causes irritatives, mécaniques qui entretiennent la sécrétion bronchique, en dehors même du foyer malade et sur lesquelles la sulfamidothérapie est sans action.

Dans une maladie, comme la dilatation des bonches on ne peut demander à la sulfamidothérapie qu'une action adjuvante, mais celle-ci a un rôle important ; en supprimant ou tout au moins en atténuant l'infection surajoutée, elle peut faire disparaître une partie des symptômes fonctionnels si pénibles de la maladie et même dans certains cas où la lésion elle-même serait accessible à l'intervention chirurgicale, elle pourrait permettre une exérèse éventuelle, impossible à réaliser sur une bronche infectée.

Le diagnostic de l'épilepsie par l'électro-encéphalographie. — M. Baudoin.

Les états de précarence en période de restrictions alimentaires (Présentation faite par M. Polonovski). — MM. Lambret, Boulanger, Swyngedauw et Driessens.

Séance du 8 juillet 1941

Sur la préparation, selon une nouvelle formule, du vaccin triple associé « antidiphtérique-antitétanique-antityphoparatyphoïdique ». Applications à l'enfant et à l'adulte. Résultats immunologiques. — MM. G. Ramon, A. Boivin, G. Loiseau, A. Lafaille et E. Lemetayer. — D'après les auteurs, un procédé de vaccination étant solidement établi dans son principe et consacré par l'usage, l'immunologiste lui-même qui l'a mis au point doit se préoccuper de le perfectionner pour en accroître l'efficacité, pour rendre son emploi plus commode et pour diminuer les inconvénients, si minimes soient-ils, qu'il est susceptible de présenter. Ce sont ces règles, déjà suivies en ce qui concerne les vaccinations anatoxiques, que G. Ramon, A. Boivin et leurs collaborateurs se sont proposés d'appliquer en ce qui regarde la vaccination au moyen du « vaccin triple associé » constitué par le mélange d'anatoxine diphtérique, d'anatoxine tétanique et de vaccin antityphoparatyphoïdique.

D'une étude comparative partant sur un nombre considérable de vaccinations (plusieurs millions) effectuées pendant les années qui ont précédé la présente guerre et durant celle-ci, il résulte que les réactions et spécialement les réactions générales ont été relativement moins nombreuses et moins fortes avec le vaccin triple associé, malgré la complexité de sa composition antigénique, qu'avec le vaccin antityphoparatyphoïdique (TAB) seul. Se basant sur ces constatations et sur de nombreux faits expérimentaux, les auteurs ont établi une nouvelle formule de vaccin triple associé dont les caractéristiques sont l'introduction du formol dans la préparation dudit vaccin (addition de formol aux suspensions mères du b. typhique et des b. paratyphiques A et B) et la diminution des proportions des bacilles typhiques et paratyphiques entrant dans sa composition.

Le vaccin triple associé préparé selon la nouvelle formule a été utilisé dans la pratique depuis un an. Des observations recueillies avec soin et portant à l'heure actuelle sur une dizaine de milliers d'injections de ce vaccin, il ressort que les réactions et spécialement les réactions générales faisant suite à ces injections ont été relativement rares et bénignes, tant chez l'enfant de tout âge que chez l'adolescent et chez l'adulte. En outre, les épreuves d'immunité qui ont été effectuées en partant de sérums de vaccinés — dosage de l'antitoxine diphtérique et de l'antitoxine tétanique, mesure du pouvoir agglutinant vis-à-vis des germes typhiques et paratyphiques — ont permis de se rendre compte que l'efficacité de ce vaccin ne le cède en rien à celle du vaccin triple associé jusqu'ici en usage.

Il résulte de l'ensemble de ces faits que l'on peut, sans inconvénients pour la valeur des immunités conférées, employer le « vaccin triple associé » de préparation et de composition nouvelles. Possédant l'avantage de ne provoquer, d'après les observations rapportées, que des réactions généralement rares et relativement bénignes, il est d'une utilisation plus facile, en particulier chez l'enfant.

Ce n'est là, d'ailleurs, qu'une étape dans la voie du progrès et les auteurs se proposent de rechercher, dans d'autres directions, le perfectionnement du vaccin triple associé, afin que puissent être réalisées dans les meilleures conditions de commodité et d'innocuité et avec une efficacité de plus en plus grande, les vaccinations associées antidiphtérique, antitétanique et antityphoparatyphique qui sont de plus en plus employées et qu'une loi vient, d'ailleurs, de rendre obligatoires, dans diverses circonstances et pour certaines catégories de personnes.

Le rôle des ferments dégradateurs de poisons microbiens, dans la défense de l'organisme, au cours de la diphtérie. — M. F. Maignon rappelle sa théorie fermentaire de l'anaphylaxie dans laquelle la protéine injectée et dégradée, par apparition et action successive de deux catégories de ferments, les premiers produisant les stades toxiques et les seconds réalisant leur destruction. La sensibilisation est due à la persistance des premiers ferments, après disparition des seconds, utilisables à la dégradation des polypeptides de l'usure fonctionnelle. Les ferments anaphylactiques se comportent comme des activants de l'alexine, que l'auteur a montré être de la trypsine pancréatique copulée à une globuline sanguine.

Eaton et Pappenheimer ont montré récemment, que la toxine diphtérique est une albumine vraie. Cette albumine n'est pas toxique par elle-même (période d'incubation de 24 heures). Le poison diphtérique est un stade de dégradation de cette albumine. Comme dans l'anaphylaxie Maignon admet la dégradation en deux temps. L'immunité pour les maladies qui vaccinent, résulterait de la persistanc des seconds ferments dégradateurs, destructeurs du poison microbien. Maignon a extrait ces ferments dégradateurs du sang de chevaux injectés avec de la toxine diphtérique, producteurs de sérum antitoxique, et montré que ces ferments, injectés à un cobaye, le protègent contre une dose mortelle de toxine. Pour l'auteur, l'antitoxine qu'il compare aux contre-antigènes de Loiseleur, serait élaborée dans les organes à fonction antitoxique. Elle apporterait un secours immédiat, mais ne serait pas le seul moyen de défense.

Pour Maignon, les endotoxines se comporteraient comme les exotoxines, en ce sens que leur toxicité n'est pas immédiate (endotoxines tuberculeuses de la masse ciro-graisseuse). Le stade toxique est donc encore représenté par un produit de dégradation.

Cette théorie fermentaire de l'immunité explique la vaccination, par apparition et persistance de ferments dégradateurs, la prémunition, du fait que les ferments dégradateurs des constituants de germes devenus avirulents, dégraderaient aussi les poisons des mêmes germes virulents, en raison de ce qu'une modification de structure chimique, très légère, suffit à transformer une molécule toxique, en une molécule atoxique dégradée par les mêmes ferments. On conçoit également, que dans l'allergie, les réactions soient plus précoces et plus fugaces que chez les sujets sains, étant donné la présence, dans l'organisme infecté, des ferments dégradateurs, les premiers producteurs de poisons et les seconds destructeurs des mêmes poisons.

Action cardio-vasculaire dépressive exercée par la diphényl hydantoïde en injection intraveineuse. — MM. Baudoin et Hazard.

L'oto-radiogrammetrie ou radiogrammetrie de l'oreille. — M. Chaussé.

Quinze années de lutte antituberculeuse en Haute-Marne. — M. Gréhant.

LIVRES NOUVEAUX

Les beaux draps, par Louis-Ferdinand Céline. Un vol. in-8° couronne, 25 francs. Nouvelles Editions Françaises.

Il ne s'agit pas d'un livre médical, bien qu'il soit dû à un médecin. Sous le pseudonyme de Céline, c'est le Dr Destouches qui étudie les causes de la catastrophe et se penche sur la victime. L'auteur ne se borne pas à une autopsie, il s'efforce de trouver les causes qui ont amené la maladie ; la haine qui séparait les classes, l'envie et ses bassesses. Ce livre ne plaira pas à tout le monde, mais il contient, cependant, des indications de relèvement et des espoirs de convalescence. Espérons donc avec ferveur. La forme audacieuse du style de l'auteur, lui confère une personnalité qui choquera souvent le lecteur puriste mais retiendra, à coup sûr, son attention.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 57-58. — 16-19 JUILLET 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — CONDITIONS D'ADMISSION DES ETUDIANTS JUIFS POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 1941-1942. — La loi du 21 juin 1941 stipule que le nombre des étudiants juifs admis à s'inscrire ne peut excéder pour chaque année d'études, 3 % des étudiants non juifs inscrits dans l'année correspondante en 1940-1941.

La liste des étudiants juifs admis sera établie par une commission suivant des directives dont le détail est donné dans la loi.

Les demandes d'inscription doivent être faites au secrétariat avant le 15 septembre 1941, dernier délai. Elles devront donner les indications permettant à la commission d'établir la liste d'admis. Le texte complet de la loi sera remis aux intéressés au secrétariat (guichet n° 1).

La liste des étudiants admis à s'inscrire sera arrêtée par la commission au plus tard le 20 octobre et affichée au secrétariat.

— Une série pratique de travaux pratiques de bactériologie aura lieu du 22 au 30 septembre 1941.

Cette série est ouverte gratuitement aux étudiants qui rentrent après démobilisation et qui n'ont pu suivre une des séries régulières.

Dans la limite des places disponibles pourront s'inscrire les étudiants dont les travaux pratiques réguliers n'ont pas été validés (150 francs la série).

Ecole de Médecine d'Angers. — M. Charles-Rémy Martin, professeur suppléant d'anatomie et physiologie est prorogé pour un an, à partir du 1er juillet 1941.

Légion d'honneur. — GUERRE (à titre posthume). — *Chevalier :* Médecin-capitaine Marlette, tombé le 21 juin 1940, en Belgique, a été cité. (*J. O.*, 3 juillet 1941.)

MARINE. — Est inscrit pour officier, M. le Dr Lemaire, médecin-chef de l'hôpital de Dunkerque. A été cité à l'ordre de formation de l'armée de mer. (*J. O.*, 4 juillet 1941.)

Guerre. — M. le Médecin général des troupes coloniales Bourgarel a été placé dans la 2e section (réserve) du corps de santé des troupes coloniales. (*J. O.*, 28 juin 1941.)

Santé. — M. le Dr Viette (Roger), directeur régional de la famille, à Nantes, est placé dans la position prévue par l'article premier de la loi du 17 juillet 1940. (*J. O.*, 1er juillet 1941.)

Retrait de la nationalité française. — Un certain nombre de médecins d'origine étrangère, naturalisés, la plupart exerçant à Paris, viennent de se voir retirer la nationalité française. Du 8 juin au 8 juillet, nous avons relevé, sauf omission, dans le *Journal Officiel*, les noms de 41 médecins radiés.

Nécrologie

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Professeur F. Rathery, membre de l'Académie de Médecine, décédé à Paris, le 10 juillet 1941, à l'âge de 64 ans.

— De M. le Professeur agrégé Jean Gautrelet, membre de l'Académie de médecine, décédé à Paris, le 11 juillet 1941, à l'âge de 63 ans.

— Et du Dr Jean Devos, chargé de fonctions d'agrégé d'anatomie à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille, décédé à Godwaersvelde, le 15 mai 1941.

CHRONIQUE

La Réforme des Etudes Médicales d'après M. le Professeur Castaigne

Plus que jamais la réforme des études médicales est à l'ordre du jour. Autour de la commission officielle qui poursuit ses travaux sous la présidence du Professeur Sergent, bien des opinions se font jour.

Tout récemment, notre collègue et ami, le Professeur Castaigne, de Clermont-Ferrand, a publié une très importante étude sur ce sujet (1). M. Castaigne a été interne des hôpitaux de Paris, il a obtenu la médaille d'or, il a été ensuite agrégé et médecin des hôpitaux de Paris avant de devenir professeur et directeur de l'Ecole de Clermont-Ferrand. Cela tout le monde le sait, comme tout le monde connaît ses admirables travaux. Je rappelle, cependant, ces souvenirs parce qu'ils situent bien l'auteur. Il connaît les concours pour y avoir brillé ; l'enseignement clinique comme la recherche pure lui sont aussi familiers que la direction d'une école ou le fonctionnement d'une faculté. Lorsque M. Castaigne nous parle de la réforme des études médicales on peut être sûr qu'il n'improvise pas. Ses avis sont donc d'un grand poids.

M. Castaigne fait d'abord une *étude critique de la formation actuelle du futur médecin.* Il estime que cette formation manque de réalisme. On perd quelquefois de vue que les maîtres ont le devoir de former des médecins de diverses catégories : les praticiens, les spécialistes, les futurs chefs de service hospitalier, les membres du corps enseignant, enfin ceux qui se destinent à la recherche pure. L'orientation vers ces différentes catégories demande une grande expérience. Elle ne peut se faire au début des études. Les exemples connus de Charles Nicolle ou de Carrel montrent que l'on peut être attiré vers la recherche pure par des raisons diverses. Mais tous deux, ces grands savants, furent d'abord de parfaits cliniciens. On conçoit, dès lors, l'importance du plan d'études.

La réforme des programmes retient donc longuement l'attention de M. Castaigne. Il nous expose des vues originales et parfaitement justes. En anatomie, par exemple, il voudrait la division d'après les différentes fonctions organiques (normales et pathologiques) et non d'après la nature de l'organe. Ainsi, au lieu d'apprendre pendant des semestres l'anatomie, puis pendant d'autres la pathologie, on étudierait *à la fois* l'organe, son anatomie, sa physiologie et sa pathologie. L'étude d'un os serait accompagnée de l'étude des fractures ou des maladies de cet os et ainsi de suite pour tous les organes.

Il est très difficile de résumer, en quelques lignes ce que M. Castaigne expose en un grand nombre de pages. Si je trahis sa pensée, je m'en excuse auprès de lui, assuré d'avance de son amicale indulgence.

L'auteur envisage ensuite la question des examens à l'hôpital, l'enseignement hospitalier, l'éducation morale. Des instituts, comme il en existe déjà un certain nombre, seraient affectés à l'enseignement des spécialités, à la formation du corps enseignant, à l'orientation vers la recherche.

Au fonctionnement du *corps enseignant*, M. Castaigne consacre un important chapitre. Il se demande, notamment, ce que deviendront les Ecoles dans les jours à venir.

Il est probable que certaines de ces Ecoles seront transformées en Faculté. D'autres disparaîtront. A coup sûr, il serait désirable que les hôpitaux voisins des anciennes écoles fussent mis à la dispositions des Facultés car la fusion entre l'enseignement des Facultés et celui des hôpitaux apparaît nécessaire.

L'accession aux différents titres amène M. Castaigne à parler des concours. Il condamne, et ne sera contredit par personne, la désolante préparation « livresque ».

A propos de l'internat, il constate que l'élite a été faite par les quatre années de service hospitalier et non par le concours. De là à condamner ce dernier il n'y a qu'un pas. M. Castaigne le franchit.

Il envisage les nominations, non au concours, mais sur une épreuve de titres. On sait combien l'épreuve de titres prête à la critique, mais M. Castaigne estime qu'en tenant compte du total des points obtenus au épreuves écrites — et *anonymes* — de toutes les années d'études de médecine on peut arriver à désigner avec justice les candidats dignes d'être nommés externes ou internes.

Sur la question de l'*anonymat* je ne serai jamais d'accord avec M. Castaigne. Quant au mode de sélection qu'il préconise il indiquerait sûrement un bon élève, régulier. Indiquerait-il le degré de maturité que les épreuves non anonymes permettaient, autrefois, de déceler chez les candidats ?

Pour l'*agrégation*, les places de médecin, chirurgien, spécialiste des hôpitaux, les épreuves sur titres, accompagnées d'échanges entre les Facultés, sont également envisagées par M. Castaigne. Nous connaissons trop les inconvénients du concours non anonyme pour ne pas comprendre le dessein d'honnêteté de M. Castaigne, mais nous persistons à croire que les vieux concours n'étaient pas si injustes. Quand nous nous rappelons les succès de M. Castaigne à l'externat, à l'internat, au concours de la médaille d'or, à l'agrégation, au concours des hôpitaux, nous sommes assurés que les jurys qui l'ont nommé faisaient preuve de clairvoyance et que l'ancien mode de concours avait parfois du bon.

L'article de M. Castaigne se termine par une magistrale étude de la *Direction générale des Facultés de Médecine*, qu'il verrait confier à un inspecteur général. Il écrit enfin d'excellentes pages sur les professeurs « *Full time* » qui se consacreraient entièrement à l'enseignement, renonçant à toute activité professionnelle. L'exemple de Farabeuf, qui donna sa vie entière à l'enseignement de l'anatomie montre combien peut être féconde la conception des professeurs « Full Time » que défend très justement M. Castaigne.

En terminant, M. Castaigne se reporte à ses années d'internat et plus spécialement à l'année passée auprès de son Maître, M. Chauffard. Dans son enseignement clinique, dans ses longues conversations intimes et confiantes avec ses internes. M. Chauffard s'efforçait d'apprendre à ses élèves le « métier » de médecin. Il donnait à ce mot de métier sa signification la plus haute et la plus noble. On doit remercier M. Castaigne d'avoir rappelé ce souvenir et de l'avoir donné en conclusion à sa très remarquable étude.

F. L. S.

(1) *Revue des Deux Mondes*, 1941, 15 mai, 1er juin, 15 juin.

Ordre des Médecins de la Seine

Croix-Rouge

Le Conseil de l'Ordre rappelle qu'il est interdit de faire figurer l'insigne de la Croix-Rouge sur les véhicules privés.

Service automobile

— Le Conseil fait connaître que les voitures du service automobile de nuit, réservé aux médecins, stationnent actuellement à l'*hôpital Marmottan* seulement.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULᴰ PASTEUR, PARIS (XVᵉ)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
2 médicaments cardiaques essentiels

REFLEXIONS SUR LES MAIGREURS NERVEUSES (1)

Par J.-A. Chavany
Médecin de l'Hôpital N.-D.-de-Bon-Secours

Discussion des critères biologiques

Dans ces différentes descriptions, on voit revenir comme un leitmotiv les mêmes symptômes. Leur aspect bien tranché, leur évolution, leur chronologie variée apportent, dans beaucoup de cas, grâce à une analyse méthodique, un élément de présomption suffisant pour étayer un diagnostic très approché. L'épreuve du *traitement pierre de touche* apporte aussi une contribution discriminative de valeur, mais une telle valeur n'est pas entière d'autant que la prudence médicale utilise souvent et avec juste raison des traitements combinés susceptibles de fournir au patient le maximum de chances pour se tirer d'affaire. L'insuccès de l'opothérapie spécifique n'a non plus aucune signification dans les cas trop tardivement traités ou si on a employé, ce qui est fréquent, des extraits glandulaires inactifs.

Existe-t-il des critères biologiques susceptibles de signer de manière certaine la déficience glandulaire?

Dans toutes ces variétés de maigreur nerveuse le *métabolisme de base est abaissé.* Marcel Labbé et Stévenin ont enregistré des diminutions analogues chez les simples jeûneurs ; peut-être peut-on retenir que les chiffres de baisse semblent plus constants et plus accentués en cas d'insuffisance hypophysaire. On peut dire la même chose de la *diminution du taux des échanges urinaires.* Une remarque analogue s'applique à l'étude du métabolisme des hydrates de carbone et en particulier des glycides. L'hypoglycémie à jeun (entre 0 gr. 70 et 0 gr. 90 par litre) est une de constatation banale chez tous les inanitiés ; l'hypersensibilité aux agents hypoglycémiants et en particulier à l'insuline — même à petites doses — s'observe aussi dans l'anorexie mentale. La diminution de la flèche d'hyperglycémie provoquée est un signe de plus grande valeur en faveur de la carence hypophysaire de même que l'augmentation du taux du cholestérol sanguin.

Parmi les tests susceptibles de fournir un renseignement direct sur le fonctionnement hypophysaire on peut utiliser le *test de Claude, Baudoin et Porak*, facile à exécuter ; il consiste à faire une injection de lobe postérieur de l'hypophyse au sujet qui vient d'absorber un repas de 150 gr. d'hydrates de carbone (pain, lait, sucre). Si le sujet est normal, les urines postprandiales contiennent quelques grammes de sucre ; chez l'hypophysaire elles n'en contiennent pas. Malheureusement un tel test interroge surtout le lobe postérieur.

Plus compliqué à mettre en œuvre *le test d'Aron* interroge spécialement le lobe antérieur. Il consiste à rechercher dans les urines les deux hormones antéhypophysaires, la thyréotrope et la gonadotrope. Pour cela on injecte trois jours de suite 5 cc³ de l'urine du sujet à un cobaye femelle de trois semaines d'un poids oscillant autour de 200 gr. On recourt ensuite à l'examen histologique de l'ovaire et de la thyroïde de l'animal. Si le sujet est normal, la maturation ovarienne est marquée dès le cinquième jour et la colloïde thyroïdienne diminuée. En cas d'hypopituitarisme ces modifications ne s'observent pas. On a pu réaliser une échelle d'activité des urines et créer un étalonnage d'unités cobayes pour apprécier les différents degrés de l'hypo ou de l'hyperpituitarisme.

On conçoit toutes les réserves qu'il convient de faire sur les résultats de telles épreuves pratiquées chez des sujets tous en état de déchéance physiologique avancée et certains de ces résultats ne sont à coup sûr que le témoignage du retentissement du syndrome de dénutrition sur le fonctionnement glandulaire. Pour accroitre la valeur de ces tests et surtout de celui d'Aron et pour pallier dans une certaine mesure aux causes d'erreur, il est préférable de ne s'en servir qu'après une période préparatoire d'isolement, au cours de laquelle on a institué une reprise réglementée et progressive de l'alimentation.

En fin de compte la parole est surtout à la clinique et à la clinique seule.

Commentaires physio-pathologiques

Cet air de famille symptômatique tout au moins apparent qui frappe dans la plupart de ces cas de maigreur nerveuse permet-il certains rapprochements hardis que certains ont voulu tenter en intégrant le syndrome classique de l'anorexie mentale dans les états d'hypopituitarisme antérieur. Nous avons déjà dit qu'une telle généralisation ne nous apparaissait pas conforme à la réalité de la majorité des faits. Voici notre essai d'explication.

L'anatomie pathologique des cas décrits sous le nom de maladie de Simmonds nous permet d'abord de topographier le syndrome en décelant tantôt des lésions destructives ou aplasiques du lobe antérieur de l'hypophyse tantôt des lésions nerveuses du tuber ou de l'hypothalamus. Tout se passe dans l'hypophyse ou dans la région du plancher du troisième ventricule qui représente souvent le foyer primitif de la maladie. Une telle maladie a une spécificité physiologique et non anatomique (May et Robert).

En cas *d'anorexie mentale* vraie le trouble est psychique, donc cérébral ; il domine toute la scène et c'est lui qu'il faut traiter. Le fonctionnement hypophyso-nerveux n'est troublé que secondairement du fait d'une carence générale. Il en est de même dans la forme psycho-digestive, satellite de la précédente.

Dans la *forme neuro-végétato-endocrinienne* le trouble neuro-endocrinien localisé nous paraît être le « primum movens » entraînant une véritable perversion de l'instinct de conservation. S'agit-il d'une modalité atténuée du syndrome de Simmonds? C'est possible. L'hypothèse qui nous séduit est celle d'une encéphalite localisée du plancher de V³ entrainant une inhibition secondaire et épisodique de l'hypophyse nerveuse, inhibition qui réagit favorablement aux injections antéhypophysaires. Il convient de ne pas nier l'existence de cette forme pour faire bénéficier ses ressortissants du traitement opothérapique, mais il ne faut pas la voir partout pour s'entêter dans une opothérapie inopérante et perdre un temps précieux s'il s'agit d'anorexie mentale vraie qui exige un autre traitement. Pour mieux faire comprendre notre pensée sur ce point nous recourrons à une comparaison avec deux troubles morbides, d'aspect tout à fait différent des états anorexiques mais de localisation voisine. Nous avons nommé la potomanie et le diabète insipide. L'*anorexie mentale vraie* est à la *potomanie* (syndrome purement psychique) ce que notre *forme neuro-végétato-endocrinienne* est *au diabète insipide* (syndrome essentiellement nerveux et secondairement endocrinien).

TRAITEMENT

Le classement des maigreurs nerveuses tel que nous venons de l'exposer a une importance considérable, car il dicte précisément la conduite thérapeutique variable suivant les catégories. On s'expose en effet à des graves insuccès — pouvant aller jusqu'à la mort des patients — en persévérant par dilettantisme doctrinal dans les traitements incomplets et inadéquats.

La *forme neuro-psychique* comporte un véritable *traitement d'urgence* bien codifié par Déjérine et son école. Le temps presse d'autant plus que le neuro-psychiâtre voit dans la règle de tels malades *très tardivement* alors que le pronostic vital lui-même est devenu très sévère. Un tel traitement comporte deux actes indispensables.

a) *L'isolement immédiat* hors du milieu familial dans un hôpital ou une maison de santé avec *alitement complet* tout au moins dans les premiers jours ;

b) *L'alimentation artificielle* par gavage. On introduit deux fois par jour par la sonde œsophagienne, additionné de deux jaunes d'œuf, du lait cru sucré en quantité variable suivant l'âge. A la fin des deux séances de gavage on envoie

(1) Fin, voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 55-56.

dans l'estomac une certaine quantité de jus de fruit frais.

Comme adjuvant de ce traitement d'attaque on pratiquera chaque jour une injection sous-cutanée de *500 cc³ de sérum glucosé* pour favoriser la réhydratation des tissus et accessoirement si l'on veut des injections de lécithine et de vitamines B_1.

L'opothérapie, sous quelque forme que ce soit, est ici inutile. L'insulinothérapie est à bannir, parce que dangereuse (même à petites doses) et inefficace.

Dès que possible, après un temps variable suivant la résistance offerte par les sujets (quelques jours ou quelques semaines), on passe à la *réalimentation naturelle* d'abord par les liquides, puis les demi-solides et enfin les solides. Une telle reprise de l'alimentation normale sera surveillée et graduée pour éviter les réactions d'intolérance fréquentes au cours de cures d'engraissement mal réglées, réactions qui font marquer le pas aux progrès et retardent souvent la guérison de façon appréciable.

La *psychothérapie* fait partie du traitement de consolidation. Il ne faut pas trop se hâter pour la mettre en œuvre. Dans les formes sévères on attendra l'amélioration du syndrome d'inanition. Ce n'est que dans les formes légères ou celles prises très tôt qu'on l'instituera plus précocement. Après étude du fonds mental du sujet et des circonstances matérielles et morales qui ont entouré le début, le médecin cherchera à mettre au jour les mobiles conscients ou subconscients qui ont présidé à l'éclosion plus ou moins brutale de tels phénomènes d'inhibition et à leur persévération. En utilisant la douceur, il calmera l'hypersensibilité morbide si fréquemment rencontrée. Par la persuasion il redressera les erreurs de jugement et d'interprétation. Il aiguillera la volonté sur la bonne voie et tâchera d'influencer favorablement le caractère. S'il s'agit de faits purement psychologiques un bon résultat sera rapidement obtenu et point n'est besoin, à notre sens, des secours de la psychanalyse.

On mènera de pair la *rééducation musculaire* et le *réentrainement*. La réapparition des règles en cours de cure est signe de pronostic très favorable ; mais il faut savoir que les règles ne reviennent souvent qu'après plusieurs mois, bien postérieurement à la reprise de l'état général.

La durée totale du traitement en milieu spécial varie dans les cas normaux de *quelques semaines à deux ou trois mois*.

La reprise, après guérison, de la vie familiale et sociale antérieure s'effectuera avec tous les ménagements utiles, sous la direction du médecin de famille, qui écartera, par sa perspicacité et dans la mesure de ses possibilités, toutes nouvelles sources de conflits psycho-effectifs.

La *forme psycho-digestive* comportera un traitement absolument analogue avec l'isolement, la reprise progessive de l'alimentation après une phase de gavage préliminaire si utile. La réalimentation *sera surveillée plus sévèrement encore* que dans la forme précédente, les troubles digestifs antérieurs rendant les intolérances encore plus fréquentes. Un certain nombre de cas seront justiciables de *l'opothérapie ovarienne*. Inutilité de l'opothérapie antéhypophysaire.

La forme *neuro-végétato-endocrinienne* obéit, elle, à l'opothérapie hypophysaire spécifique. Plusieurs règles président à son administration :

— Utiliser des *extraits globaux de lobe antérieur* de l'hypophyse par *voie parentérale*, l'effet de tels extraits se trouvant neutralisé par la voie digestive.

— N'utiliser que des *extraits actifs* — il ne le sont pas tous — et *suffisamment frais* — ils perdent toute activité par le vieillissement et, au besoin, vérifier leur efficacité sur l'ovaire de la lapine ou de la souris.

— Prescrire de *fortes doses proportionnées* au degré de l'insuffisance glandulaire.

— Y adjoindre, si utile, une *opothérapie de complément* visant les glandes secondairement touchées (surtout ovaire ensuite surrénales et accessoirement thyroïde). L'opothérapie ovarienne est à prolonger lorsque les troubles des règles sont plus durables que l'anorexie et la maigreur.

Si l'anorexie ne cède pas rapidement avec reprise de l'état général, *il ne faut pas hésiter à recourir très vite à l'isolement combiné à l'alimentation artificielle*. Persévérer parfois dans l'opothérapie spécifique isolée peut aboutir, dans certains cas, à des désastres.

On utilisera, en outre, les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum glucosé (celles-ci en goutte à goutte pour éviter les accidents fréquents d'hypoglycémie réactionnelle).

La *maladie de Simmonds* n'obéit, elle, qu'à *l'opothérapie spécifique!* Sans l'action de cette dernière, c'est la mort fatale. Ici l'isolement et le gavage seuls restent sans effets. On utilisera, comme précédemment, les extraits de totaux de lobe antérieur de l'hypophyse en injections. Suivant l'ancienneté du processus causal et sa nature destructive ou simplement fonctionnelle, cette médication *substitutive* sera continuée *indéfiniment* — à la manière de l'insuline dans le diabète pancréatique — ou elle pourra être cessée lorsqu'elle aura permis la reprise du fonctionnement normal du tissu hypophysaire.

***

On voit tout l'intérêt de porter un *diagnostic étiologique précis* de ces diverses variétés de maigreurs nerveuses. Devant la pléiade de signes cliniques communs et en l'absence de tests biologiques d'une précision absolue, nombreux seront les cas où l'hésitation sera permise. En de telles occurrences, le médecin, sans s'embarrasser de préjugés doctrinaux, n'hésitera pas à instituer *une thérapeutique mixte* d'où ne seront jamais bannis l'isolement et l'alimentation forcée et au cours de laquelle on pourra tâter de l'*efficacité de l'opothérapie spécifique antéhypophysaire totale* et de diverses opothérapies complémentaires.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Jeudi 3 juillet 1941. — 1° Jury : MM. Tanon, Gougerot, Lenormant, Mocoquot. — Mme Guillot-Ronez. Les enseignements de la malariathérapie dans l'étude du paludisme anophélien. — Mme Chardac. Histoire de la suette miliaire en Poitou. — Mme Tillequin. Contribution à l'étude de la syphilis inoculée par transfusion sanguine. — Mme Le Guillou. Contribution à l'étude des acrodermites continues d'Hallopeau. — Mme Marcille. Le mucus cervical normal et pathologique. — M. Le Roy. Contribution à l'étude du traitement des fistules stercorales et anus contre nature et plus spécialement de leur fermeture par un procédé extrapéritonéal. — M. de Miroschedji. La cystostomie continente.

2° Jury : MM. Léon Binet, Laignel-Lavastine, Lemaître, Sureau. — M. Chopard. Contribution à l'étude des donneurs universels dangereux. — M. Heller. Des rapports entre l'Ordre des Médecins et l'Etat. — M. Philippe. Essai de démembrement de certains faits groupés sous le nom de paralysies infantiles. — M. Souffrin. Trachéotomie. Trachéostomie.

Mardi 8 juillet 1941. — Jury : MM. Rouvière, Laubry, Moreau, Soulié. — Mlle Marquis. Etude radiologique des coronarites.

Mercredi 9 juillet 1941. — 1° Jury : MM. Tanon, Fiessinger, Aubertin, Henri Bénard. — M. Hagège. Contribution à l'étude des manifestations digestives et particulièrement de la gastrite des avitaminoses nicotiniques. — Mlle Maximovitch. Quelques considérations sur le traitement des psychoses par l'insuline et par le cardiazol. — Mlle Rosenwald. Le mal d'oscillation. Etude clinique, pathogénique et thérapeutique. — M. Orlowski. La mesure de l'indice oscillométrique et de la tension artérielle avec un sphygmomanomètre à transmission liquide.

2° Jury : MM. Lœper, Mathieu, Troisier, Mondor. — M. Popovsky. Phytothérapie de l'anxiété et de l'angoisse dans les périodes de guerre et d'après-guerre. — M. Dimitriades. Le pneumothorax extra-pleural dans le traitement des cavernes tuberculeuses de la base du poumon. — M. Casalta. Place du pneumothorax extra-pleural chirurgical dans le traitement de la tuberculose pulmonaire confirmée. — M. Delamaire. L'aspiration continue intrapleurale dans le traitement des pyothorax tuberculeux. — M. Aaron. Contribution à l'étude clinique des hémorragies retardées dans les traumatismes de la rate.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 9 juillet 1941. — 1° Jury : MM. Polonovski, Lesbouyries, Vuillaume. M. Baillon. Les cétoses des bovidés.

2° Jury : MM. Aubertin, Vergé, Darraspen. — M. Faye. Contribution à l'étude du tétanos. Traitement par l'adrénaline.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
BÉNERVA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Aneurine cristallisée* *(Vitamine B_1)* Comp. 1 mg. : 2 à 4 p. j. Amp. 1 cm³ (2 mg) : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ (10 mg) : 1 p. j.	B_1-Hypovitaminoses Surmenage, Algies, Polynévrites, etc.
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
THYROXINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Thyroxine synthétique* Solution : 10 à 15 gouttes p. j. Comprimés : 1 à 2 par jour Ampoules 1 cm³ : 1 à 2 intram. p. j.	Toutes les indications de la médication thyroïdienne
TONIQUE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Toni-stimulant complet* Adultes : 2 à 6 c. à c. p. j. Enf. 8 à 15 ans : 1 à 2 c. à c. dans un peu de vin sucré	Toutes les anémies et asthénies

ACTUALITÉS

La médication chlorophyllienne

Par M. R. Levent

Connue depuis 1769, la chlorophylle n'avait, longtemps, intéressé que les chimistes, son inertie physiologique depuis toujours évidente la rendant négligeable pour les médecins. En 1923, cependant, Marchlewski, de Cracovie, montrait l'importance de sa liaison intime avec une molécule protéique complexe qui la protégeait contre l'action destructrice de la lumière solaire, mais la rendait inactive et l'entraînait, sous l'action des ferments digestifs, à la même destruction qu'elle-même subissait. Willstaelter, puis Burgi, puis Rentz et l'Ecole d'Upsal mirent successivement en évidence, par la suite, les propriétés de la chlorophylle isolée.

Propriétés chimiques et physiologiques. — C'est une substance azotée complexe, renfermant environ 2 p. 1000 de magnésium, qui semble un éther complexe de l'acide chlorophyllique avec le phytol et l'alcool méthylique. On connaît deux chlorophylles α et β, ne différant que par des propriétés secondaires. L'une et l'autre intéressent les physiologistes par leur apparentement avec les porphyrines et l'hémoglobine ; leur dégradation par hydrolyse les conduit par des termes successifs à un terme commun l'hémopyrrol ; il en est de même pour l'hémoglobine. Elles se dissolvent dans diverses substances ; il est à noter que la solution de chlorophylle à 1 pour 1000 dans l'eau neutre a le même pH que le sang. Sans être ni des vitamines, ni des provitamines, il est à noter que les chlorophylles leur sont fréquemment associées dans la nature.

Telle qu'on la connaît actuellement, notamment d'après les travaux scandinaves, l'action de la chlorophylle pure est multiforme, susceptible d'ailleurs de s'inverser par un posologie excessive.

Sur le sang, la chlorophylle détermine l'augmentation du nombre des globules rouges et de leur teneur en hémoglobine ; de même, augmentation numérique des plaquettes et des polynucléaires ; peu d'action sur le pH et l'équilibre osmotique. La cholestérolémie tend à s'abaisser. Les diverses propriétés du plasma tendent à s'exalter : pouvoir fixateur du calcium, pouvoir bactéricide et opionisant ; diapédèse et phagocytose sont également stimulées.

La chlorophylle agit **sur les organes hématopoiétiques** en favorisant la fixation du fer.

Sur le cœur, elle agit comme tonicardiaque, augmentant la tonicité et la contractilité, avec ou sans bradycardie. La tension artérielle s'élève.

Sur les vaisseaux, elle agit à la fois directement et par l'intermédiaire du sympathique comme vasodilatateur. Elle augmente le tonus des fibres musculaires lisses en particulier de celles de l'intestin et l'excitabilité des nerfs.

Elle stimule la respiration : augmentation de la fréquence et de la profondeur des mouvements respiratoires.

Elle augmente l'activité des glandes endocrines ; de même pour les glandes à sécrétion externe : sudation, sécrétion lactée, sécrétion des divers segments du tube digestif, sécrétion rénale surtout subissent sous l'influence de la chlorophylle une augmentation notable.

L'action sur le métabolisme général est encore mal définie ; il semble, cependant, y avoir une augmentation des échanges azotés.

La chlorophylle est très sensible à l'action de la lumière qui la détruit rapidement lorsqu'elle est isolée de son support protéique ; cette action se retrouve également sur la chlorophylle introduite dans l'organisme et qui possède une action photosensibilisatrice locale et générale par meilleure utilisation de la lumière et des rayons ultra-violets dont témoignent l'apparition soit de troubles locaux soit de troubles généraux de la nutrition qu'on a mis à profit en thérapeutique.

Introduite dans l'organisme, en particulier par voie intraveineuse, la chlorophylle ne demeure pas longtemps dans le plasma sanguin mais va se fixer dans le foie, dans les organes hématopoiétiques et les ganglions et surtout dans la rate qui subit une hypertrophie notable. C'est sans doute au niveau de ces organes que se produit tout ou partie des modifications chimiques qui semblent avoir pour terme la production d'hémoglobine. Une partie, cependant, est sans doute, sous une forme quelconque, éliminée par les voies biliaires.

Indications. — Nombre d'entre elles méritent encore un complément d'étude ; il en est, cependant, qui méritent d'être retenues.

Les **principales sont basées sur le pouvoir antianémique** de la chlorophylle : anémies hypochromes avec conservation du pouvoir plastique : anémie par hémorragies, par infections récentes où on peut avantageusement associer la chlorophylle au fer ou à la cure de foie ; également les anémies par affections tropicales.

Son action sur la circulation l'a fait prescrire dans l'hypotension essentielle, les acrocyanoses.

On l'a prescrite avec avantage dans le lymphatisme, les asthénies des convalescents, des hyposurrénaliens et des vagotoniques. Chez les cancéreux, surtout ceux qui sont en instance ou en cours de traitement radiothérapique, la chlorophylle agit sur l'état général et sensibilise vis-à-vis de l'action des rayons, action exclusivement symptomatique et de brève durée.

On l'a prescrite aussi dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique, la dengue, la fièvre jaune, le kala-azar, les trypanosomiases. Son action anti-infectieuse générale l'a fait employer dans les pneumococcies, la lèpre et même la tuberculose pulmonaire au début comme adjuvant à l'héliothérapie.

Enfin, sa propriété de sensibiliser l'organisme à la lumière et à l'ultra-violet l'ont fait employer pour favoriser des processus de réparation locale : plaies atones, ulcères, certains eczémas, même certaines alopécies et pelades. Elle paraît plus efficace dans les troubles de croissance générale, rachitisme en particulier, comme adjuvant des ultra-violets et de la vitamine D ; et aussi dans quelques cas d'insuffisance thyroïdienne ou hypophysaire. De même dans les tuberculoses ganglionnaires (parfois sous forme d'injections in situ) osseuses ou péritonéales.

Bien que la chlorophylle ne soit ni une vitamine ni une provitamine, il est enfin à noter qu'elle a pu servir de succédané ou d'adjuvant vis-à-vis de la vitamine A (croissance).

La seule contre-indication dont il doive actuellement être tenu compte est l'existence d'un rétrécissement mitral.

Mode d'administration. Posologie. — La chlorophylle peut être donnée par voie externe : badigeonnages dans les alopécies, pansements dans les plaies atones, les eczémas chroniques.

Le plus souvent on emploie la voie interne ; les injections sont réservées au traitement local des adénopathies : injections intraganglionnaires de chlorophylle formolée. Elles produisent une réaction locale pseudophlegmoneuse avec fièvre qui ne dure jamais plus de 48 heures.

C'est la **voie digestive** qui est le plus souvent employée : chlorophylle pure, en général extraite des euphorbiacées, en solution aqueuse.

On la donne soit le matin à jeun, soit un quart d'heure avant le repas ; chez l'adulte régime végétarien ou lacto-végétarien. **La dose quotidienne maxima est de 1 à 150 milligrammes** *per os* ; en applications locales, on peut monter à 500 milligr. On donne avant 6 mois I goutte avant chaque biberon ; entre 6 mois et 4 ans XII gouttes par jours en 6 fois ; de 4 à 12 ans XV gouttes par jour ; au-dessus de 12 ans XX gouttes, chez l'adulte XXX gouttes par jour en 2 fois. Des doses plus fortes ou des cures prolongées ne sont pas plus efficaces.

On peut l'associer au fer ou au cuivre (anémies, rachitisme), à la vitamine A (rachitisme, troubles de croissance), à la quinine (paludisme).

L'élimination est rapide et se fait par la bile et par l'urine (porphyrine).

La tolérance locale et générale est habituellement bonne, sans fièvre ni shock. Les excès posologiques peuvent cependant provoquer de la splénomégalie ou plus rarement une fièvre bilieuse hémoglobinurique artificielle. Il convient aussi de se méfier du pouvoirs photosensibilisateur de la chlorophylle et d'accidents analogues à ceux qu'a, en 1926, décrits Oppenheim où la chlorophylle n'agit cependant sur les téguments (dermite vésiculeuse) que par voisinage et sans qu'il y ait introduction dans l'organisme.

La morale professionnelle du médecin, par E. Rist, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de Médecine. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1941.

Voici un excellent volume. Il reproduit trois leçons faites cette année par M. Rist, sur la demande de M. le Professeur agrégé Duvoir, aux auditeurs du cours de médecine légale.

Dans ces trois leçons l'auteur a condensé, avec élégance et clarté, les réflexions que sa longue carrière pouvait lui suggérer. Leur lecture est particulièrement utile au moment où notre profession, comme notre malheureuse patrie, traverse une « crise si grave et si préoccupante ». L'apparition du code de déontologie a permis à M. Rist d'apporter, non des critiques, mais les commentaires d'une haute portée que lui dicte son expérience. Qu'il étudie *le Médecin et son malade*, ou *le Médecin, la Société et l'Etat*, ou, encore, *le Médecin et sa profession*, l'auteur ne s'inspire que du bon sens, de la droiture et de l'honneur dont il a toujours donné l'exemple.

Lorsque M. Rist nous dit, en manière de conclusion : « On ne se sert pas de la médecine, on la sert, avec abnégation, avec amour, avec passion... », on doit l'écouter et se serrer avec lui autour de « tous ceux qui, sous le même drapeau, sous la même discipline acceptée des mêmes chefs ont voué leur vie à la même profession ».

F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin 1941

A propos des sténoses rectales. — M. S. Blondin.

Invaginations de l'appendice. — M. Bonafos. Rapport de M. Bergeret sur deux observations rencontrées chez des enfants auxquelles M. Bergeret ajoute un cas observé par lui chez un adulte. Le rapporteur étudie les différentes variétés anatomiques qui peuvent être réalisées ; en règle l'invagination est provoquée par une lésion de l'appendice.

De la section de la commissure postérieure de la moelle dans certains syndromes douloureux. — M. R. Leriche rapporte deux observations de Wertheimer où cette intervention fut faite avec succès pour deux cancers de l'utérus entraînant des douleurs pelviennes intenses.

Occlusion intestinale post-opératoire par spasme. — M. R. Leriche observa, six jours après une salpingectomie pour grossesse tubaire, un état occlusif caractérisé à l'intervention par un état de contraction généralisée à tout l'intestin, qui cessa immédiatement, dès qu'on fit l'extériorisation de l'intestin.

L'action neuro-végétative dans les phénomènes humoraux de l'occlusion. — MM. Lambret et Driessens rappellent les différentes théories pathogéniques de l'occlusion ; le rôle de la distension mis en évidence par Wangensteen leur paraît comme particulièrement séduisante ; les auteurs ont cherché à voir si le syndrome humoral de l'occlusion n'était pas semblable à celui observé dans les contusions traumatiques ; expérimentalement, cette hypothèse s'est trouvée exacte.

M. Leriche présente deux radiographies qui montrent l'efficacité de l'infiltration des splanchniques sur le transit intestinal.

M. J. Gosset rappelle que les récents travaux américains tendent à rejeter la théorie toxique de l'occlusion ; expérimentalement, la transsudation plasmatique que l'on observe suffirait semble-t-il pour expliquer les phénomènes de choc.

M. Mondor fait projeter les radiographies de deux malades traitées par l'aspiration continue transduodénale avec plein succès.

Douze gastrectomies pour ulcère gastro-duodénal perforé. — M. Ameline, en dix ans, a eu l'occasion de faire douze fois une gastrectomie ; dans tous ces cas, il a pu intervenir avant la 7e heure. Il a noté la facilité de l'intervention chirurgicale ; tous ses cas ont guéri avec des résultats éloignés parfaits. Il rappelle la statistique de Judine portant sur 880 résections avec 8 % de morts ; 80 % de bons résultats. En tablant sur ces chiffres, M. Ameline précise la place que doit occuper la gastrectomie dans le traitement des ulcères perforés.

M. Brocq souligne les résultats vraiment médiocres de la suture.

Luxations précoces dans la coxalgie. Réduction par traction continue par broche de Kirschner. — M. Richard.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

(Sections de Médecine et de Biologie)

Séance du 7 février 1941

Les souffles anorganiques de la région méso-cardiaque. Etude clinique et phonocardiographique. — MM. L. Rimbaud, P. Pagès et Mlle L. Bougarel. — Cette étude s'appuie sur quelques centaines d'observations recueillies au cours de la guerre, dans un Centre de cardiologie régional : 156 sont d'un intérêt indiscutable.

Ces souffles anorganiques non valvulaires, extra ou intracardiaques, occupent la région mésocardiaque et plus particulièrement la partie présternale du troisième espace intercostal gauche. Ils ne se superposent pas aux bruits du cœur, qu'ils ne couvrent jamais entièrement. Ils sont généralement mésosystoliques.

Ils ne sont pas nécessairement doux et aspiratifs, mais peuvent, comme les souffles orificiels, être rapeux, rudes, même piaulants ou prendre les caractères d'un frottement péricardique. Ils ne se propagent pas. Variables avec l'attitude et le temps respiratoire, l'effort augmente d'ordinaire leur intensité.

L'étude des tracés présentés montre que le phonocardiogramme est très utile pour en préciser le siège, le temps et la variabilité.

Les sujets porteurs de tels souffles peuvent être considérés comme ayant un cœur de valeur fonctionnelle normale. Ils sont, de ce point de vue, aptes à tout service, à toute profession et à tous emplois ; ils ne sont justiciables d'aucune thérapeutique.

Septicémie veineuse subaiguë de Vaquez à forme quadriplégique. — M. L. Rimbaud et Mlle Bougarel. — Septicémie veineuse de Vaquez à forme quadriplégique d'une durée de trois mois environ, caractérisée par des poussées simultanées d'œdèmes localisés aux quatre membres, et plus particulièrement au membre supérieur droit, soulignées chaque fois par une légère ascension thermique.

La localisation à la veine humérale droite a été précédée d'un petit infarctus pulmonaire. En dernier lieu, la septicémie veineuse a gagné les jugulaires, sans que l'évolution de l'affection ait été aggravée de ce fait.

L'hirudinothérapie a eu un heureux effet dans ce cas.

Le diagnostic a été établi par élimination des causes habituelles des œdèmes et confirmé au moment de l'apparition de la phlébite humérale droite.

Cinq cas de maladie de Roger chez l'adulte. — MM. L. Rimbaud, P. Pagès et Mlle L. Bougarel. — Ces cinq cas concernent des adultes, militaires hospitalisés pour vérification de leur aptitude au Centre de cardiologie de la XVIe région. Deux avaient près de 40 ans, trois une vingtaine d'années. Ils accusaient peu de troubles fonctionnels ou même pas du tout. Dans leurs antécédents, rien qui puisse faire prévoir une lésion cardiaque. Un seul, et c'est douteux, signalait que sa mère était atteinte de rétrécissement mitral.

Il est remarquable de constater la tolérance de ces hommes pour leur lésion cardiaque : certains faisaient un métier pénible, comme celui de cultivateur (3 fois sur 5). Cette malformation congénitale est certainement méconnue souvent.

Quatre cas d'hypertension artérielle pseudo-tumorale. — MM. L. Rimbaud et H. Serre. — Syndrome pseudo-tumeur encéphalique, avec hypertension artérielle marquée (25-15 en moyenne), d'allure idiopathique chez trois hommes de 50 ans environ ; d'origine rénale chez un quatrième âgé de 31 ans. La plupart présentent de petits signes cardio-rénaux ; chez le dernier, néphrite et insuffisance cardiaque cliniquement et anatomiquement démontrées.

Le syndrome pseudo-tumoral comporte soit un tableau typique d'hypertension crânienne à évolution rapidement mortelle avec œdème cérébral constaté ; soit des signes isolés, surtout céphalée, obnubilation, troubles de la vue.

Le liquide céphalo-rachidien est clair, xanthochromique dans un cas, nettement hypertendu (40 à 50 en position couchée), avec dissociation albumino-cytologique (4 cas) assez souvent transitoire (2 malades).

Le fond d'œil montre un œdème papillaire ou rétinien associé à des hémorragies et parfois des exsudats ; la tension artérielle rétinienne est augmentée, en concordance cependant avec la tension diastolique générale ; l'acuité visuelle est normale.

Trois éléments essentiels pour le diagnostic :

a) La relative atténuation et la discontinuité des signes cliniques et liquidiens ;

b) Le contexte clinique et ophtalmologique dû à l'hypertension artérielle ;

c) La ventriculographie, parfois indispensable.

Syndrome de Claude Bernard-Horner permanent consécutif à une alcoolisation du nerf phrénique. — MM. J. Vidal, Fourcade et Mme Lescure. — Observation d'un syndrome de Claude Bernard-Horner, qui paraît relever de l'atteinte par l'alcool de certaines fibres sympathiques parcourant un trajet aberrant dans le nerf phrénique.

Néphrite chronique hypertensive sans azotémie, à manifestations convulsives épileptiformes chez une enfant de 8 ans. — M. J. Chaptal. — Syndrome d'hypertension infantile pseudo-tumorale, qui n'a donné lieu en France, jusqu'ici, qu'à 14 publications. Histoire d'une enfant qui mourut des suites d'une néphrite dont voici l'évolution : à l'âge de 3 ans, scarlatine avec albuminurie qui persiste intermittente ; à 7 ans, albuminurie constante et apparition de signes d'hypertension crânienne : crises de céphalées avec vomissements, amaigrissement notable. A 8 ans, s'ajoutent à ces symptômes des crises de convulsions épileptiformes, de type hémiplégique d'abord, généralisées ensuite, avec perte de connaissance, et une hypertension artérielle atteignant de 25/16 à 27/18. Fonds d'œil normal, hypertension artérielle rétinienne à 120 mm. de Hg. Pas de cylindrurie, pas d'œdème, pas de modification du taux des composés chlorés, ni des composés azotés. La mort survint dans la septième crise de convulsions à 8 ans et 9 mois.

Myélome multiple sans albuminurie thermo-soluble avec métastases pleurale et hépatique et passage de cellules atypiques d'origine néoplasique dans le sang. — MM. G. Giraud, J.-M. Bert et T. Desmonts. — Description anatomo-clinique d'un myélome de la face antérieure du sternum sans albuminurie thermosoluble chez un homme de 58 ans, ayant débuté

en mai 1940 ; première métastase pleurale avec pleurésie droite en octobre ; métastase hépatique à extension rapide en novembre.

Les cellules du myélome ont un noyau arrondi pourvu de gros nucléoles et un protoplasme basophile. Le liquide pleural citrin contient des cellules néoplasiques identiques. Le sang, lui aussi, sans hyperleucocytose et sans autre modification de la formule leucocytaire, à 15 % de cellules atypiques ; les unes sont identiques à celles du myélome, les autres plus évoluées ont un noyau polylobé et des granulations azorophiles dans le protoplasme.

Un deuxième type de cellules anormales à noyau arrondi et à volumineux protoplasme incolore avec des granulations neutrophiles a été vu dans le sang et dans le myélome. Cette migration de cellules anormales dans le sang doit être soulignée.

Myélome multiple avec albuminurie thermo-soluble. — MM. G. Giraud, P. Mas et P. Stentein. — Histoire d'une malade qui vit apparaître deux tumeurs sternales en même temps que des douleurs intercostales et une anesthésie douloureuse de la moitié droite du visage. L'examen radiographique du squelette montrait une atteinte diffuse du crâne, du thorax et des membres supérieurs (images de destruction). Les urines contiennent une albumine partiellement soluble, en présence d'acide acétique, par la chaleur. La formule hémoleucocytaire indiquait une anémie moyenne (3.000.000 hématies par mm³) et l'on vit l'azotémie s'élever à 1 gr. 40 par litre. L'examen histopathologique d'un fragment de tumeur sternale a révélé une prolifération très active et désordonnée d'éléments de la moelle osseuse, avec des caractères de malignité (myélo-sarcome polymorphe). L'évolution fut rapidement mortelle.

Lymphomatose aleucémique. — MM. G. Giraud, P. Mas et P. Stentein. — Un homme de 40 ans se présentait cliniquement comme un anémique, porteur d'une très grosse rate et d'adénopathies multiples mais de faible importance, sans hyperleucocytose et sans modifications de la formule leucocytaire, en dehors d'une lymphocytose modérée. Les examens histo-pathologiques pratiqués après nécropsie ont montré qu'il s'agissait de lymphocytomes multiples (ganglions mésentériques, rate, foie) réalisant un tableau de lymphomatose aleucémique.

Le malade avait reçu trois ans plus tôt un coup de pied de cheval dans l'hypocondre et le flanc gauches. Mais il semble que l'on puisse rejeter la responsabilité de ce traumatisme en raison de son ancienneté et de la nature même des lésions.

Oxycéphalie. — M. J.-M. Bert. — Oxycéphalie de l'adulte réalisant le type ordinaire de crâne à périmètre horizontal approximativement circulaire et à front élevé et vertical. On notait la présence d'altérations ophtalmoscopiques discrètes sans troubles fonctionnels bien accusés.

Endocardite infectieuse secondaire chez un porteur de communication interventriculaire. Asystolie fébrile. — MM. G. Giraud, J.-M. Bert et Pariselle. — Présentation des pièces anatomiques d'un porteur de maladie de Roger ayant succombé dans un tableau d'asystolie progressive irréductible fébrile. Il existait des végétations endocarditiques sur les valvules aortiques mais l'orifice de communication interventriculaire était indemne. On peut supposer, dans ce cas, qu'il y eu primitivement association d'une malformation congénitale du cœur et d'une endocardite rhumatismale (crise (polyarticulaire fébrile à l'âge de 20 ans).

Myocardite suppurée à staphylocoques avec thrombose ventriculaire droite chez un diabétique. — M. G. Giraud, Mlle M. Giraud et M. J.-M. Bert. — Présentation d'un volumineux abcès myocardique à staphylocoques observé chez un diabétique mort en asystolie irréductible fébrile. Le début angineux des accidents, les anomalies électrocardiographiques et la topographie des lésions anatomiques permettent de penser qu'il s'est agi de la suppuration secondaire d'un foyer d'infarctus.

Conditions nécessaires pour que la vitamine B_1 fasse régresser les troubles nerveux consécutifs à l'hypoglycémie insulinique prolongée. — M. A. Loubatières. — Le syndrome nerveux qui s'installe au cours des accidents hypoglycémiques comporte assez précocement des lésions cérébelleuses et corticales irréductibles. La thérapeutique associée : injections de glucose et de vitamine B_1 provoque la régression des troubles nerveux, à condition qu'elle soit établie d'emblée.

Effets de quelques eaux minérales sur l'indice chromique résiduel plasmatique chez les diabétiques. — MM. A. Puech, P. Monnier, P. Lazerges et G. Vacquier. — L'indice chromique résiduel plasmatique est particulièrement élevé au cours des états diabétiques. Les auteurs ont constaté chez des sujets soumis à un traitement hydrominéral (Boulou, Vals-Saint-Jean, Uriage) : 1° une diminution de l'indice chromique résiduel ; 2° une élévation de la réserve alcaline. Il semble que l'action la plus rapide sur la glycémie et l'indice chromique résiduel appartienne à l'eau d'Uriage.

Liste des citations du corps de santé homologuées après revision

(*extraites du* Journal Officiel, *1er juin 1941 et suivants*) (1)
[Voir *Gaz. Hôp.*, nos 51-52 et suivants]

Abréviations. — A : Ordre de l'armée ; CA : Ordre du corps d'armée ; D : Ordre de la division ; B : Ordre de la brigade ; R : Ordre du régiment.

28e R. T. Tun. — Méd.-aux. Poisot, R.
4e R. T. Mar. — Méd.-cap. Gonnet, R ; dent.-lieut. Didier, A, CA, CA ; méd.-lieut. Madon B, B ; méd.-lieut. Leclerc, B, B ; méd.-cap. Foures, R ; pharm.-lieut. Nivaud, R ; méd.-aux. Rigal, R.
6e R. T. Mar. — Méd.-lieut. Javel, R.
3e demi-brigade de chasseurs. — Méd.-cap. Petchot-Bacque, D, A.
4e demi-brigade de chasseurs. — Méd.-cap. Durand, D ; pharm.-lieut. Stouvenel, D.
7e demi-brigade de chasseurs. — Méd.-cap. Crispen, D.
16e demi-brigade alp. de fort. — Méd.-lieut. Barrau, CA ; méd.-lieut. Lioret, R ; méd.-lieut. Mijoule, R.
173e demi-brigade d'inf. alp. — Méd.-lieut. Amante, D.
70e Bat. alp. fort. — Méd.-aux. Jarniou, R.
71e Bat. alp. fort. — Méd.-s.-lieut. Deplan, R, R ; méd.-aux. Laflaquière, D ; méd.-aux. Barthelemy, R.
76e Bat. alp. fort. — Méd.-aux. Heutematte, CA.
80e Bat. alp. fort. — Méd.-aux. Bataille, R ; méd.-lieut Gasca, R ; dent.-s.-lieut. Ivanoff, R.
81e Bat alp. fort. — Méd.-lieut. Barut, D ; méd.-lieut. Micaud, R ; méd.-lieut. Reynaud, R ; méd.-lieut. Boiron, D.
86e Bat. alp. fort. — Méd.-aux. Niger, R ; méd.-lieut. Gril, R.
95e Bat. alp. fort. — Méd.-lieut. Durandy, R.
96e Bat. alp. fort. — Méd.-lieut. de Alberti, R ; méd.-lieut. Lombardi, R ; méd.-lieut. Citterio, R.
179e Bat. alp. fort. — Méd.-aux. Grégoire, R.

(*J. O.*, 23 juin 1941.)

(1) Ces listes seront complétées au fur et à mesure des homologations qui, pour certains corps, ne sont pas terminées, notamment en ce qui concerne les prisonniers.

8e Bat. de chars. — Méd.-lieut. Tuillier, B.
14e Bat. de chars. — Méd.-lieut. Poirier, D.
22e Bat. de chars. — Méd.-lieut. Ledoux-Lebard, R.
28e Bat. de chars. — Méd.-lieut. Trinquet, A.
29e Bat. de chars. — Méd.-lieut. Defougy, D.
37e Bat. de chars. — Méd.-lieut. Jean Laurence, B.
46e Bat. de chars. — Méd.-lieut. Petit (P.), A.
49e Bat. de chars. — Méd.-s.-lieut. Dulcy, D.

(*J. O.*, 24 juin 1941.)

426e R. pionniers. — Méd.-lieut. Meinnier, B.
433e R. pionniers. — Méd.-lieut. Proust (Louis), D.
444e R. pionniers. — Méd.-lieut. Bourguine, R.
487e R. pionniers sénégalais. — Méd.-lieut. Neel, D ; méd.-lieut. Lasserre, D.
610e R. pionniers. — Méd.-aux. Chataing, B.
623e R. pionniers sénégalais. — Méd.-aux. Charet, CA et A.
11e R. étrangers d'inf. — Méd.-cap. Ladoz, A.
12e R. étr. d'inf. — Méd.-cap. Valence, B ; pharm.-s.-lieut. Gerbay, B ; méd.-aux. Stilhart, B. ; méd.-lieut. Fric, B ; dent.-aux. Tisserand, B ; méd.-aux. Balan, R ; méd.-lieut. Lévy, R.
11e Bat. mitrailleurs. — Méd.-lieut. Dor (Paul), D.
51e Bat. mitrailleurs. — Méd.-lieut. Delevoy, R.
56e Bat. mitrailleurs. — Méd.-aux. Kowalski, CA.
64e R. régional. — Méd.-aux. Cretin, CA.

(*J. O.*, 26 juin 1941.)

Dépôt Tiraill. Alg., 93 bis. — Méd.-lieut. Pampouille, D.
Dép. Inf. 145. — Méd.-cap. Vidaillac, R.
Dép. Inf. Col. Maroc. — Méd.-lieut. Lacroix, CA.
4e R. I. C. — Méd.-aux. Pramayon, R.
5e R. I. C. — Méd.-cap. Thiebaut, R ; méd.-lieut. Coudurier, CA ; méd.-s.-lieut. Guillemain, D.
6e R I. C. — Méd.-aux. Bancaud, B ; méd.-aux. Chartres, R ; méd.-cap. Vial, A ; méd.-lieut. Bouilloc, A.
8e R. I. C. — Méd.-cap. Fraimbault, CA.
12e R. I. C. — Méd.-comm. Talec, D.
16e R. T. S. — Méd.-cap. Devoivre, D.

(*J. O.*, 27 juin 1941.)

(*A suivre.*)

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 59-60. — 23-26 JUILLET 1941 — 114e ANNEE — Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Maison de Saint-Lazare. — A la suite du concours ouvert le 11 juin dernier pour l'admission à trois emplois de médecin à la Maison de Saint-Lazare, ont été reçus : MM. Georges Boudin, Charles Boursat, Gérard Bouwens.

Faculté de Médecine de Paris. — Le Dr Chevallier, agrégé, est provisoirement chargé d'enseignement. (Histoire de la Médecine.)

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Sabon, assistant, est provisoirement chargé des fonctions de chef des travaux de chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

M. Ferrari, professeur sans chaire est chargé provisoirement du service de la clinique d'oto-rhino-laryngologie, en remplacement de M. Aboulker.

Ecole de Médecine de Poitiers. — Le Dr Foucault, professeur d'anatomie, est provisoirement chargé de l'enseignement de la clinique obstétricale.

Passage des étudiants en zone non occupée. — Une circulaire du 10 juillet 1941, adressée aux recteurs, annonce que par une note du 4 juillet 1941, le Commandant en chef des forces militaires en France vient d'étendre aux *étudiants âgés de plus de 18 ans*, le bénéfice des dispositions prises à l'occasion des grandes vacances en faveur des élèves et des étudiantes (vacances chez les parents : père ou mère, domiciliés en zone non occupée ; aller en zone non occupée, effectuer un stage prévu par les programmes). Les voyages ont lieu en convois organisés.

S'informer auprès des secrétariats des Facultés.

Pour les étudiants démobilisés. — Une circulaire du 16 juin 1941 prévoit un certain nombre de mesures réparatrices, notamment des inscriptions cumulatives, ainsi que des stages, cours et travaux pratiques spécialement organisés. Ces mesures concernent les étudiants démobilisés en avril, mai et juin 1941 et les étudiants encore mobilisés en octobre 1941. Des mesures analogues seront prises en faveur des étudiants prisonniers de guerre.

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Chevalier.* — Médecin-capitaine Fievet (Alfred-Henri), médecin-chef de l'hôpital complémentaire de Saint-Dizier (Croix de guerre avec palme).

(*J. O.*, 11 juillet 1941.)

— Médecin-lieutenant Dubost (Roger), du 119e R. I., grièvement blessé, le 19 mai 1940 (Croix de guerre avec palme).

(*J. O.*, 14 juillet 1941.)

— Le dentiste-lieutenant Didier (Robert), du 4e R. T. Marocains (Croix de guerre avec palme).

(*J. O.*, 15 juillet 1941.)

Ordre des Médecins de la Seine. — Le secrétariat général et les bureaux sont, dès maintenant, transférés, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (7e).

Santé Publique. — La délégation générale du Gouvernement français dans les territoires occupés (Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé) communique :

CONTRE LA STÉRILITÉ INVOLONTAIRE. — Un service de Laboratoire et de Recherches vient d'être organisé pour lutter contre la stérilité involontaire.

Ce service fonctionne actuellement à l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris, 26, boulevard Brune (14[e]), sous la direction des D[rs] Lacomme, agrégé pour la partie clinique, et Jayle, agrégé pour la partie laboratoire.

Tous renseignements complémentaires utiles doivent être demandés au siège même de l'établissement.

— La délégation générale du Gouvernement dans les territoires occupés (Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé) communique :

Les recherches entreprises par le Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé pour REGROUPER LES FAMILLES SÉPARÉES au cours de la guerre sont entravées par l'inexactitude ou l'insuffisance des renseignements fournis.

C'est ainsi que dans un assez grand nombre de cas, des familles ayant demandé que des recherches soient effectuées pour retrouver leur enfant ont négligé d'avertir que leur enfant leur avait donné de ses nouvelles et que dans ces conditions, il convenait de cesser les recherches.

Par suite, il est instamment recommandé à toute personne ayant demandé que des recherches soient effectuées pour retrouver soit la famille d'un enfant recueilli, soit un enfant perdu, de bien vouloir aviser d'urgence le Secrétariat d'Etat à la Famille, bureau de l'Enfance, 18, rue de Tilsitt, Paris, dès qu'il y a lieu de cesser les recherches.

INSPECTION DE L'ENFANCE. — M. Monnot, inspecteur de l'enfance de la Haute-Savoie, est affecté au département de l'Yonne, en remplacement de M. Pinaud, appelé à d'autres fonctions.

Mme Noireau est nommée inspecteur adjoint de l'enfance, par application de l'article 5 de la loi du 18 septembre 1940, à compter du 1[er] juin 1941, et affectée au département du Calvados.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES. — Par arrêté, en date du 19 juin 1941 :

L'arrêté du 29 mars 1941, reclassant M. Coudurier, ex-directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier, en qualité d'économe à l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens, est rapporté.

M. Coudurier est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 3 mai 1941.

SANATORIUMS PUBLICS. — M. le D[r] Boudon, médecin directeur du sanatorium Fenaille, à Séverac-le-Château (Aveyron), est nommé médecin directeur du sanatorium Marie-Mercier, à Tronget (Allier), en remplacement de M. le D[r] Chognon, appelé à d'autres fonctions.

M. le D[r] Warnery, médecin directeur du sanatorium Francois-Mercier à Tronget (Allier), est nommé médecin directeur du sanatorium Fenaille, à Séverac-le-Château (Aveyron), en remplacement de Mlle le D[r] Boudon, appelée à d'autres fonctions.

M. le D[r] Chognon, médecin directeur du sanatorium Marie-Mercier à Tronget (Allier), est nommé médecin directeur du sanatorium François-Mercier, à Tronget (Allier), en remplacement de M. le D[r] Warnery, appelé à d'autres fonctions.

Par arrêté, en date du 21 juin 1941, Mme le D[r] Binet-Chaix, médecin adjoint des sanatoriums publics, est mise en disponibilité, sur sa demande, pour une période de cinq ans, à compter du 1[er] août 1941.

Ministère de l'Intérieur. — M. le D[r] Charles Brasseur est nommé adjoint au maire de Petit-Quevilly (Seine-Inférieure). (*J. O.*, 28 juin 1941.)

M. le Professeur agrégé Jean Dechaume est nommé conseiller municipal et adjoint au maire de Lyon. (*J. O.*, 4 juillet 1941.)

— M. le D[r] Jean Grèze est nommé adjoint au maire de Villeneuve-Saint-Georges. (*J. O.*, 11 juillet 1941.)

— M. le D[r] Calvet est nommé adjoint au maire de Cahors.

M. le D[r] Saupiquet, est nommé adjoint au maire de Pau. (*J. O.*, 17 juillet 1941.)

Comité de l'Assistance de France. — Ont été nommés membres du comité, MM. Rousset et Bouet, conseillers d'Etat ; MM. les D[rs] Clavelin et Blanquis, directeurs régionaux de la famille et de la santé, en qualité de directeurs de services régionaux ; M. le docteur Nedelec, membre du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins ; M. Ranzy, inspecteur général de la famille et de l'enfance ; M. Ravaud, représentant de la corporation des pharmaciens ; M. Cholet, président de la Fédération hospitalière de France. (*J. O.*, 13 juillet 1941.)

Prix de l'Académie de Chirurgie. — L'Académie se propose de décerner, en 1941 les prix suivants :

Prix Duval-Marjolin, annuel (300 fr.). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1941.

Prix Edouard Laborie, annuel (1.200 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Dubreuil, annuel (400 fr.). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Jules Hennequin, bisannuel (1.500 fr.). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain. Ce prix ne peut être partagé.

Prix Ricord, bisannuel (300 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Prix Aimé Guinard, triennal (1.000 fr.). — Au meilleur travail de chirurgie générale présenté par un interne des hôpitaux de Paris, pendant qu'il sera en exercice ou pendant l'année qui suivra la fin de son internat.

Prix des Elèves du D[r] Eugène Rochard, triennal (10.000 fr.). — A l'auteur, interne ou ancien interne des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris, au meilleur travail inédit ou paru, dans les trois dernières années, sur un sujet de chirurgie générale.

Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent ête anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de l'Académie de Chirugie, 12, rue de Seine, Paris (6[e]), avant le 1[er] novembre 1941.

Prix de l'Académie Duchenne de Boulogne. — Le prix 1941 de 5.000 francs, décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne, à un travailleur indépendant, de nationalité française, dont l'œuvre ou la création, ayant trait aux sciences médicales, sera jugée la meilleure, sera attribué le premier jeudi de décembre 1941 (le sujet restant au choix de l'auteur).

L'objectif de l'Académie est de récompenser un travailleur qui, par ses propres moyens, à l'instar de Duchenne de Boulogne, aura fait progresser la science médicale française.

Les mémoires inédits et non encore récompensés, dactylographiés en quatre exemplaires, devront être adressés au secrétariat de l'Académie, 60, boulevad de La Tour-Maubourg, Paris, avant le 31 octobre 1941. Joindre référence et *curriculum vitæ*.

Mariages. — Le D[r] Georges Duhamel, de l'Académie Française, membre de l'Académie de Médecine et Mme Georges Duhamel, font part du mariage de M. Bernard Duhamel, interne des hôpitaux de Paris, leur fils, avec Mlle Paulette Masson.

La cérémonie a été célébrée, le samedi 19 juillet 1941, en l'église Saint-Louis-d'Antin.

— Le D[r] Marcel Lance, membre de l'Académie de Chirurgie et Mme Lance, font part du mariage de leur fils, le D[r] Pierre Lance, ancien chef de clinique de la Faculté, avec Mlle Jacqueline Adam.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

LES PNEUMONIES A PNEUMOBACILLES DE FRIEDLANDER

NOUVELLE OBSERVATION GUERISON RAPIDE PAR LE TRAITEMENT SULFAMIDE

Par le Dr Albert Fiehrer

ancien Chef de Clinique de la Faculté

ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Découvert en 1882 par Friedlander, le pneumobacille, microbe saprophyte très répandu dans la nature, est un hôte fréquent des cavités naturelles. Pour Netter, Van Besser, on le rencontre dans la salive de 5 % des sujets sains ; Bezançon et Griffon l'ont retrouvé à la surface des amygdales, dans le mucus nasal et bronchique de sujets normaux. Il a été enfin décelé dans l'intestin de sujets sains. Sous des influences diverses et souvent peu précises, ce saprophyte acquiert une haute virulence et détermine des infections de différents types : nous ne nous occuperons ici que des *pneumonies*.

Les auteurs classiques insistent sur la *gravité* de la pneumonie à pneumobacilles de Friedlander : *la mort est la règle*. Caussade, Joltrain et Surmont (1924), Macaigne ont montré le sombre pronostic de cette affection ; Lemierre et Léon Kindberg en ont décrit quelques aspects cliniques et anatomo-pathologiques (1925) ; depuis les études de Mme Bertrand-Fontaine dans sa thèse de 1926, peu de travaux sont à signaler sur cette question ; Caussade et Tardieu (1927) attirent l'attention sur les lésions d'œdème pulmonaire qui accompagnent les congestions aiguës pneumobacillaires ; en 1928, Kornblum décrit les aspects radiologiques des pneumopathies à Friedlander ; Nissen (1935) passe en revue la thérapeutique de ces affections ; Gernez (1935), dans un article très complet sur les infections à pneumobacilles, brosse le tableau de la pneumonie et cite une observation de Roque et Cordier où le pneumobacille vient compliquer une pneumonie à pneumocoques; Rane (1936) propose le traitement quinine-calcium ; Langeron cite six observations personnelles graves (1938) ; en 1939 nous rapportons le cas d'une enfant de 8 ans 1/2 qui présente une double pneumonie à Friedlander avec guérison rapide.

Nous venons d'observer récemment une pneumonie chez une enfant de 11 ans, dont voici résumée l'histoire clinique.

Observation. — *Le 28 mai 1941*, dans l'après-midi, la jeune Christiane Nan... (11 ans) est prise de frissons répétés, violents, avec céphalée tenace et vomissements muqueux et bilieux ; en rentrant de l'école, l'enfant se met au lit ; la température est de 40°3 ; à 19 heures, la température monte encore et atteint 41°3. Nous la voyons à ce moment. Il s'agit d'une jeune malade que nous connaissons depuis plusieurs années et que nous avons soignée à plusieurs reprises pour eczéma.

A l'examen clinique, quatre ordre de signes retiennent l'attention :

— Une céphalée violente, surtout frontale, paroxystique ;
— Des vomissements ;
— Une ébauche de syndrome de Kernig ;
— Enfin une hyperthermie importante.

A noter une petite toux sèche, un faciès pâle sans herpès, une langue blanche, une légère sensibilité de la région hépatique et une rhino-pharyngite catarrhale.

Plusieurs fois déjà, l'enfant avait présenté, à l'occasion d'infection saisonnière des clochers thermiques importants, avec céphalées et vomissements ; aussi posons-nous un diagnostic d'attente : infection saisonnière banale, grippale, avec réaction thermique importante chez une enfant présentant une insuffisance hépatique connue. Mais la pâleur du faciès, l'ébauche de Kernig, nous font craindre le début d'une infection plus sévère et nous décidons de revoir l'enfant le lendemain.

Le 29 mai, le tableau clinique est le suivant : faciès pâle, pas d'herpès, pas d'angine, céphalée toujours violente ; la température (à 40°5 la veille à 22 heures) est à 40°5 à 8 heures et 40°3 à midi ; le pouls est parallèle, bien frappé, la langue est saburrale, les urines sont rares et foncées, sans albumine ; pas de diarrhée. Il y a toujours une ébauche de Kernig, mais sans accentuation sur la veille ; le ventre est souple, indolore ; pas d'otalgie, ni de douleurs osseuses.

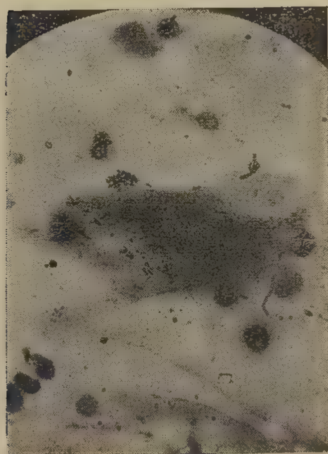
A l'examen du thorax, nous trouvons au sommet droit, en arrière, une submatité avec diminution de la respiration, un skodisme sous-claviculaire en avant.

La toux est plus fréquente, quinteuse par accès, et en interrogeant l'enfant on trouve un point de côté droit, peu intense, mais transfixiant allant de la région mammaire à la région paravertébrale droite. Pas de dyspnée, pas de cyanose.

En résumé : affection à début brutal, avec frissons, point thoracique, toux sèche, signes cliniques stéthacoustiques légers du sommet droit, température se maintenant à 40° et plus, nous font alors poser le diagnostic de pneumonie du sommet droit.

Mais ce qui frappe surtout chez cette enfant, c'est l'intensité des signes généraux ; l'abattement, la pâleur sont très marqués ; la céphalée, les vomissements, l'ébauche de Kernig joints à l'absence d'herpès nous font craindre une pneumonie bâtarde ; nous prescrivons alors les sulfamidés : le 29 mai, à 20 heures, la cure par les sulfamidés est commencée.

Le 30 mai, le diagnostic est confirmé : en effet, si l'enfant est toujours abattue, la céphalée s'est atténuée et le Kernig a disparu; par contre, la dyspnée s'est extériorisée et le point thoracique est plus net ; la toux, plus accentuée, a donné lieu à quelques crachats hémorragiques, abricot avec filets rougeâtres, visqueux. Les signes



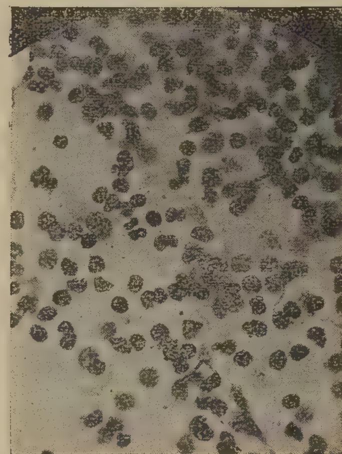
30 mai 1941

2e jour de la maladie
après 1 gr. de camphosulfonate
de sulfamide



1er juin 1941

4e jour de la maladie
ap. 4 gr. 50 de camphosulfonate
de sulfamide



3 juin 1941

6e jour de la maladie
ap. 6 gr. 50 de camphosulfonate
de sulfamide

stéthacoustiques sont plus intenses au sommet droit : matité, augmentation des vibrations, souffle, râles fins nombreux ; nous faisons analyser les crachats : « Crachats hémorragiques, peu abondants, présence de bacilles courts, groupés par deux, encapsulés, ne prenant pas le Gram, ayant tous les caractères du pneumobacille de Friedlander ; pas d'autres germes visibles ».

Dès lors, nous allons avoir deux tests importants pour suivre la maladie : la courbe thermique et les crachats.

Le 30 mai, la température est de : 40°, 39°8, 40°6, 40°7, 40°2.

Le 31 mai, elle est de 39°8, 39°6, 40°, 40°3, 39°9, 40°5. L'abattement est extrême, le pouls est petit : nous prescrivons des injections d'huile camphrée et de l'adrénaline. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. La dyspnée est assez intense et la toux incessante, quinteuse, pénible. Les crachats ont les mêmes caractéristiques que la veille. Les signes pulmonaires sont beaucoup plus nets : souffle tubaire, avec couronne de râles crépitants fins, dans une zone mate, en arrière et dans l'aisselle ; la base droite est un peu encombrée.

Le 1er juin, la jeune malade est toujours très abattue, pâle et dyspnéique lorsque nous la voyons ; elle est agitée et a présenté dans la nuit un peu de délire ; le pouls est très rapide, mou ; la langue est blanche, la température s'est maintenue entre 40°5 et 40° ; cependant, nous trouvons les crachats moins hémorragiques et les pneumobacilles sont moins abondants ; nous demandons une culture : les cultures sur gélose et bouillon sont positives, cultures pures de Friedlander.

Brusquement, vers midi, la température tombe : 39°9, à 11 heures, 38°8 à midi, 38° à 17 heures, 37°5, à 20 heures.

Le 2 juin, lorsque nous revoyons notre malade, elle a fait sa crise thermique avec réascension thermique à 39°2 à 3 heures ; la jeune Christiane se sent mieux, a mieux dormi, a eu quelques sueurs abondantes et des urines plus claires ; la température est à 37°2 ; les crachats ont les mêmes caractéristiques que ceux de la veille ; les signes pulmonaires de la partie supérieure du poumon droit sont des plus nets : la base droite est submate et présente une diminution de la respiration.

Le 3 juin, Christiane est beaucoup mieux ; sa température, après une baisse à 36°4 se maintient à 37° ; l'expectoration du 3 juin n'est plus hémorragique ; elle contient quelques rares bacilles de Friedlander ; pas d'autre germe visible.

Le 13 juin : depuis le 3, nous voyons se maintenir la température à 37° et l'état général s'améliore très rapidement avec la reprise rapide de l'alimentation. Les signes stéthacoustiques qui s'étaient maintenus quelques jours ont disparu le 13 ; plus de signes fonctionnels. Une radiographie de contrôle s'étant avérée normale, nous cessons la cure sulfamidée et nous permettons les sorties.

Nous tenons à souligner certains caractères de cette observation :

1° Il s'agit d'une pneumonie à bacilles de Friedlander sans autre germe associé et la culture des crachats a permis de l'affirmer.

2° Il s'agit d'une *pneumonie écourtée*, d'une durée de quatre jours et demi.

3° Il s'agit d'une *pneumonie traitée par le camphosulfonate de sulfamide* (Silenan) : 4 comprimés le premier jour, puis 6 comprimés par jour jusqu'à la chute thermique, puis 4, 3 et 2 comprimés par jour jusqu'au douzième jour après la chute de température.

Nous avons joint à notre observation la courbe thermique détaillée de la maladie et, pour mieux permettre d'apprécier les effets de la médication campho-sulfamidée, nous avons donné également les microphotographies de l'expectoration avec le jour de la maladie et la dose déjà absorbée du produit sulfamidé. L'état grave de la malade ne nous a pas permis de la faire radiographier en période d'état, mais seulement le 13 juin, en pleine convalescence.

La pneumonie de Friedlander. — I. Quelques mots sur le pneumobacille.

C'est un diplocoque et, dans les crachats, il se présente comme un bacille ou comme un coccobacille assez trapu ; ses extrémités sont arrondies et il est entouré d'une capsule très nette. Sa coloration est facile, mais il est Gram-négatif. Il est immobile ; il ne donne pas de spores ; il trouble le bouillon et donne une collerette à sa surface. Ses cultures sur divers milieux sont facilement obtenues : sur gélose, sérum coagulé, pomme de terre, sa culture coule le long de la surface du milieu, abondante et visqueuse. Il ne liquéfie pas la gélatine. Ensemencé en piqûres, il donne le classique « clou » caractéristique. Le pneumobacille ne forme pas d'indol et fermente presque tous les sucres.

Ces caractères le rapprochent beaucoup du colibacille et récemment on a isolé du pneumobacille une protéine et un polysaccharide ; ce dernier, analogue à la substance extraite du pneumocoque est soluble et spécifique.

Pour Julianelle, il y aurait deux types de colonies :

a) Type S, encapsulées, très virulentes ;

b) Type R, peu virulentes et non encapsulées.

Si, expérimentalement, le pneumobacille a une virulence très variable, les colonies du type S sont infiniment plus virulentes que les colonies type R.

II. Le tableau clinique de la pneumonie.

Ch. Gernez (de Lille) a décrit remarquablement ce tableau clinique :

« La pneumonie à pneumobacilles de Friedlander débute généralement par un frisson solennel avec température oscillant entre 38° et 39°5, et par un point de côté violent accompagné de vomissements. L'herpès fait généralement défaut. La toux est pénible et l'expectoration devient bientôt abondante, visqueuse, adhérente au crachat, d'aspect franchement hémorragique rouge ou brunâtre, d'odeur souvent fade ou rappelant l'odeur de la « corne brûlée ». Au microscope on y trouve d'innombrables pneumobacilles.

« Les signes physiques sont, au début, ceux de la pneumonie franche ; mais les râles sont toujours plus humides et plus gros ; la température est plus irrégulière.

« L'évolution de la pneumonie pneumobacillaire a été très bien synthétisée par Mme Bertrand-Fontaine.

« Elle peut être *suraiguë* ; la mort survient en deux jours au milieu des phénomènes infectieux d'une extrême violence ; l'hémoculture est positive.

« Elle peut être *aiguë* ; trois éventualités sont alors possibles :

« 1) La maladie peut aboutir à la guérison : la température devient irrégulière pendant 15 jours à 3 semaines, puis elle descend progressivement pendant que l'état général s'améliore ;

« 2) La pneumonie évolue vers l'*infection purulente diffuse du poumon*. La mort survient alors en 2 à 5 semaines avec un cortège de signes généraux et fonctionnels d'une extrême gravité : dyspnée, cyanose, teint plombé subictérique, prostration marquée ;

« 3) La pneumonie évolue vers l'*abcès pulmonaire collecté ;* après 12 à 15 jours d'amélioration trompeuse, on assiste à l'éclosion des signes physiques et fonctionnels de suppuration pulmonaire ; l'expectoration devient à nouveau abondante, visqueuse, souvent hémorragique ; le souffle rude, caverneux, s'accompagne de gros sous-crépitants, humides, avec gargouillements. La guérison de l'abcès à pneumobacilles peut survenir spontanément : c'est l'exception. Le plus souvent, l'intervention chirurgicale s'impose.

« Enfin, l'évolution peut être *suraiguë :* entrecoupée de poussées successives, caractérisées chacune par l'apparition de foyers de *broncho-pneumonie*, dont l'évolution habituelle se fait vers la mort ».

En résumé : si l'on s'en rapporte au tableau classique de la pneumonie à pneumobacilles de Friedlander, *la guérison est rare ;* si elle survient, elle demande plusieurs semaines et même plus. *La mort est la règle*, soit rapidement, soit par complications (broncho-pneumonie, abcès pulmonaire, septicémie).

Pour ne pas alourdir cette publication, nous ne ferons que rappeler notre première observation de pneumonie à Friedlander (*Sphère Médicale*, janvier 1939), mais nous croyons devoir tirer *de nos deux observations personnelles les conclusions suivantes :*

1° *On peut faire rapidement le diagnostic de pneumonie à Friedlander* si l'on s'astreint à faire faire tôt un *examen bactériologique* de l'expectoration de toute pneumonie, bâtarde ou sévère.

2° On retiendra en faveur de la pneumonie à pneumobacilles de Friedlander :

a) Certains signes généraux : les frissons répétés, l'absence d'herpès, la céphalée tenace, les vomissements, une ébauche de syndrome de Kernig, l'allure désarticulée de la température qui demeure élevée (Cf. la courbe de l'observation).

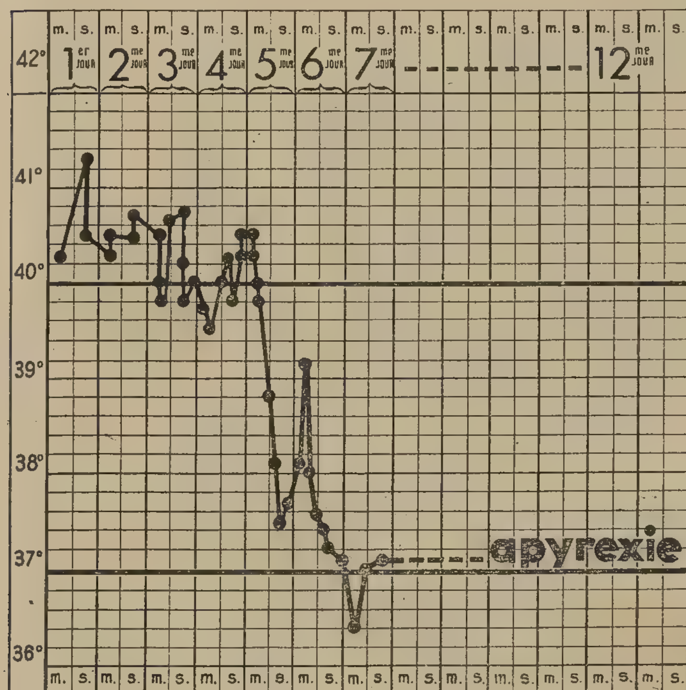
MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
DIURÈNE Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait TOTAL d'Adonis Vernalis*	Œdèmes et Ascites Extrasystoles - Dyspnées
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
IMIDO "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Solution de bi-chlorhyd. d'histamine* 1/10e à 1 amp. (1 cm³) par jour selon les cas	Epreuve de l'histamine Coxarthries, Algies
SYNTROPAN "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Spasmolytique synthétique* Comp. : 1 à 3 par jour Amp. 1 cm³ : 1 à 2 par jour Supp. : 1 à 2 par jour	Toutes les indications de l'atropine

b) L'aspect des crachats toujours hémorragiques, soit « jus de pruneaux » (obs. I), soit « abricots » avec filets sanglants (obs. II).

3° Le pronostic n'est peut-être pas aussi sombre que le veulent les classiques.

4° L'allure évolutive peut rappeler certaines pneumonies à pneumocoques avec *crise franche* (obs. II).



TRAITEMENT. — Sans insister sur les règles hygiéno-diététiques communes à toutes les pneumonies et sur l'importance du traitement symptômatique, en particulier sur la valeur des tonicardiaques et des toniques vasculaires, de l'oxygénothérapie et des inhalations de carbogène, deux sortes de traitement sont actuellement à considérer :

1° La vaccinothérapie ;
2° La sulfamidothérapie.

Vaccinothérapie : Elle a des *succès variables*.

Brouardel et Renard, Brulé, Hillemand avaient déjà signalé les échecs de l'auto-vaccin dans les infections à pneumobacilles de Friedlander ; plus récemment, Langeron (1938) rapporte six nouvelles observations de pneumonies à pneumobacilles de Friedlander et trouve que le traitement par les auto-vaccins n'a paru avoir aucun effet. Dans notre observation I nous avons enregistré une guérison en 10 jours environ avec un stock-vaccin.

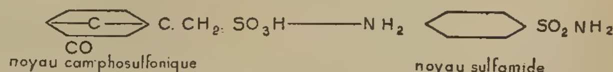
Sulfamidothérapie : Expérimentalement : les travaux de Levaditi et Vaisman (1935-1939), avec le Rubiazol, de Burgers avec le Prontosil (1937), de Buttle, Parish, MacLéod et Stephenson avec les sulfanilamides (1937), ceux plus récents de Gross, Cooper et Lewis (1938) et de Colmer et Rule (1939) peuvent se résumer ainsi : Les sulfamidés protègent peu la souris contre le Friedlander et ne font que retarder la mort de la souris ; d'une façon générale les résultats sont beaucoup moins satisfaisants avec le Friedlander que ceux obtenus dans les infections à streptocoque hémolytique et à méningocoque.

Cliniquement : depuis six ans, l'application clinique des sulfamidés se fait surtout pour les affections streptococcique et méningococcique. Cependant, dès 1938, Brown (P. K.) avait observé que la sulfamidothérapie avait donné un résultat intéressant chez deux malades qui présentaient une suppuration dans laquelle prédominait le bacille de Friedlander ; par contre Folsom (T. G.) et Gerchow (K. E.) montrent, la même année, que le sulfanilamide est inefficace dans la méningite due au bacille de Friedlander.

Bethoux (1940) préconise les sulfamidés dans les complications de la grippe et dans les catarrhes saisonniers des voies respiratoires à cause de leur action antipyogène polyvalente.

En pathologie humaine les résultats ne sont pas toujours comparables à ceux que l'on obtient expérimentalement sur l'animal, de nombreux facteurs inconnus interviennent. Notre observation récente paraît bien le prouver.

Nous nous sommes adressés à un sulfamidé *très maniable* et *peu toxique*, le camphosulfonate de sulfamide (ou Silenan-809) dont le schéma exact correspond à :



qui se présente en comprimés à 0 gr. 25. Dans notre observation, chez notre jeune malade de 11 ans, abattue et asthéniée, nous avons donné, dès le début, 6 comprimés par 24 heures sans aucun inconvénient et sans phénomène d'intolérance. Le médicament a été bien supporté, et incontestablement il a paru agir à la fois sur la pullulation du pneumobacille et sur l'évolution de la pneumonie (4 jours et demi).

De même que Joltrain et Lamperière (1940) nous montrent que la médication sulfamidique écourte l'évolution de la pneumonie à pneumocoques, de même, à notre avis, notre observation démontre l'*action rapide* des sulfamides dans la pneumonie à Friedlander.

Le *camphosulfonate de sulfamide nous paraît le médicament de choix des pneumonies à Friedlander*. Dans notre cas, si typique, cette thérapeutique a amené *rapidement* la guérison d'une pneumonie à pneumobacilles, au pronostic habituellement si sombre.

BIBLIOGRAPHIE

Austran (C.-R.) et Harvey (A.-M.). Friedlander's pneumonia. *Int. Clin.*, 3, 20-26, sept. 1937.

Mme Bertrand-Fontaine. *Thèse de Paris*, 1926.

L. Bethoux. *Gazette Médicale de France*, 15 nov.-15 déc. 1940, n° 10.

Brown P.-K. La sulfanilamide dans les infections à bacille de Friedlander. *Californie West Méd.* 149, 144, 1938.

Bullowa (J.-G.-M.), Thess (J.) et Friedman (M.-B.). Pneumonia due to Bacillus Friedlanderi ; report on 41 patients with consideration of specific, serum therapy. *Arch. Int. Med.*, 60, 755-752, nov. 1937.

Burgers. Prontosil et infections expérimentales à bacille de Fr. *Deut. med. Woch*, n° 17, 672, 1937.

Buttle (G.-A.-H.), Parish (H.-J.), Mac Leod (M.) et Stephenson (D). Sulfanilamide et infections expérimentales à B. de Fr. *Lancet*, 1, 681, 1937.

Canavero (G.). Les localisations chirurgicales de Klebsielle Pneumoniae (bacterium pneumoniae) de Friedlander. *Bolletino e Memorie della Societa Piemontese die Chirurgia*, vol. 8, séance du 5 mars 1938, p. 117 ; in *Presse Médicale*, 21 sept. 1938.

Caussade et Tardieu. *S. M. H.*, 7 juil. 1927.

Caussade, Joltrain et Surmont. *S. M. H.*, 14 fév. 1924.

Colmer (J.), Rule (A.). Sulfanilamide et sulfapyridine dans le traitement des infections expérimentales de la souris par le B. de Fr. *Proc. Soc. Exp. Biol. Méd.*, oct. 1939.

Copreaux (M.-F.). Des pneumopathies à pneumobacilles de Friedlander à forme aiguë rapidement mortelle. *Thèse Paris*, 1935. Ed. E. Le Boccard, 1, rue de Médicis.

Feder (J.-G.). Review of Friedlander's bacillus pneumonia in Pensylvania Hospital from 1927 to 1938. *Bull. Ayer Clin. Lab. Pensylvania Hosp.*, 3, 231-236, oct. 1938.

Fiehrer (A.). *La Sphère Médicale*, janv. 1939, pp. 6-10.

Folsom (T.-G.) et Gerchow (K.-E.). Sulfanilamide et méningite à B. de Fr. *West Virginia Med. J.*, 34, 254, 1938.

Gerhartz. Pneumonie Friedlander. *Medezinische Klinik*, XXIX, n° 5, 27 janv. 1933, p. 147.

Gernez. *E. M. C.*, 8025 maladies infectieuses, tome I.

Gross (P.), Cooper (F.-B.) et Lewis (M.). Traitement par le sulfanilamide des infections de la souris à B. de Fr. *Proc. Soc., Exp. Biol. Med.*, 39, 12, 1938.

Hartman (M.-M.). Recovery from acute Friedlander pneumonia ; report of case and review literature. *Ann. Inst. Méd.*, 14, 513-521, sept. 1940.

Hoogerheide (J.-C.). Studies on capsule formation ; inhibition of capsule formation of Klebsiella pneumoniae (Friedlander's bacterum). *J. Bact.*, 40, 415-422, sept. 1940.
Joltrain (E.) et Lemperière. *Presse Médicale*, 73-74, 25-28, sept. 1940.
Kornblum. *Americ. Journal de Roetgenology*, T. XIX, n° 6, 1928.
Langeron. *Journal de Médecine et de Chimie Pratique*, 25 oct. 1938.
Langeron (L.). Sur un cas de pneumonie à pneumobacille de Friedlander, terminé par la guérison. *Soc. Med. Chir. Hôp. Libres*, 5 nov. 1934 ; in *Archives Hospitalières*, n° 6, 1934.
— Pneumonies à pneumobacilles de Friedlander. *Journ. de Méd. et de Chir.*, T. CIX, 25 oct. 1938, p. 533.
— Pneumonies à pneumobacilles de Friedlander. *Société Médicale et Anatomo-Clinique de Lille*, séance du 10 janv. 1939 ; in *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 12 fév. 1939, n° 7, p. 168.
— Pneumonies à pneumobacilles de Friedlander. *Journ. des Sciences Médicales de Lille*, n° 5, 29 janv. 1939, p. 97.
Lemierre et Léon Kindberg. *Paris-Médical*, 17 janv. 1925.
Levaditi (C.) et Vaisman (A). Rubiazol et infections expérimentales à B. de Fr. Compte rendu à l'*Académie des Sciences*, 200, I, 694, 1935.
Levaditi (C.), Girard (A.) et Vaisman (A.). Action curative de quelques azoïques à fonction sulfone dans les infections expérimentales de la souris provoquées par le streptocoque, le bacille de Fr., le gonocoque et le pneumocoque. *Académie des Sciences*, 8 mai 1939.
Levaditi (C.), Girard (A.), et Vaisman (A.). Action thérapeutique de quelques colorants azoïques sulfurés dans l'infection expérimentale de la souris provoquée par le streptocoque, le bacille de Fr., le gonocoque et le pneumocoque. Compte rendu de la *Société de Biologie*, p. 1609, 1939.
Macaigne. Traité *Roger Widal-Teissier*.
Nissen. *Med. Klin.*, 31 janv. 1935, T. XXXII, n° 5, pp. 151-152.
Otomo (T.). Ueber einen Fall van Pneumonie durch Friedlaendesche Pneumobazillen. *J. Orent. Med.*, 27, 82, octobre 1937.
Rane. *Med. Klin.*, 3 janv. 1936, T. XXXII, n° 1, pp. 19-21.
Solomon. Pneumonie primitive à Friedlander. Relation de 32 cas. *J. A. M. A.*, 20 mars 1937, p. 937.
Troisier (J.), Bariéty (M.), Brocard (H.) et Capreaux. Sur un cas de pneumopathie à bacilles de Friedlander. Société Anatomique, 7 mars 1935 ; in *La Presse Médicale*, n° 23, 20 mars 1935.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Jeudi 10 juillet 1941. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Velter, Lenègre, Garcin. — M. Bonnaud. Contribution à l'étude des effets de l'insulinothérapie dans les affections mentales. — M. Lacaux. Les idées directrices de la médecine néo-hippocratique. — Mlle Miroux. Contribution à l'étude de certains cancers du cavum et de leurs complications oculaires.

Samedi 12 juillet 1941. — Jury : MM. Lereboullet, Lenormant, Fey, Soulié. — M. L'Hirondel. La ponction d'Antre. Importance de l'otomastoïdite dans la pathologie du nourrisson. — M. Debouvry. Radiomanométrie biliaire.

Mercredi 16 juillet 1941. — 1° Jury : MM. Couvelaire, Lemierre, Harvier, Chiray. — M. Muller. L'inhibition de la lactation dans les suites de couches par les méthodes hormonales. — M. Kreisler. Le cancer de l'ampoule de Vater. — Mlle Rémond. Un cas de septicémie à bacillus serpens. — Mlle Potemkine. A propos d'un cas d'érythème scarlatiniforme avec adénopathies généralisées au décours d'une méningite purulente à pneumocoques traitée par les sulfamides. — Mme Debain. La varicelle pemphigoïde.

2° Jury : MM. Lœper, Fiessinger, H. Bénard, Fèvre. — Mlle Sikorav. Le complexe ganglio-pulmonaire aigu au cours de la pneumonie. — Mlle David. La maladie ostéogénique. Données actuelles. — M. Breton. La réaction lymphatique périportale dans la genèse de l'ictère catarrhal. — M. Litard. Les troubles de la coagulation du sang par déficience en prothrombine et thromboplastine. — M. Corcos. Contribution à l'étude des faux kystes du pancréas (kystes à signes pseudo-hépato-vésiculaires).

3° MM. Tanon, Mondor, P. Valery-Radot, Bariéty. — M. Mory. Sur le drainage pariétal avec aspiration des cavernes pulmonaires tuberculeuses. — M. Maklouf. Variations des réactions cutanées à la tuberculine. — M. Somia. Corps fibrineux de la plèvre. — M. Duran y Guerrero. L'anesthésie au cyclopropane en chirurgie gastrique. — M. Weber. Accidents cérébraux graves consécutifs à l'administration des arsenicaux pentavalents. — Mlle Dehennot. Diagnostic précoce du mal de Pott au cours de la tuberculose pleuro-pulmonaire de l'adulte.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

La Vitamine E

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Synonymie. — Vitamine de reproduction ou de fécondité (Evans).

Historique. — Découverte par Evans, en 1922, elle a pu être utilisée en thérapeutique depuis que Karrer a pu (1938) en faire la synthèse et Isler, la stabiliser, grâce à l'acétylation.

Caractères physico-chimiques. — Elle se présente sous forme d'un liquide huileux, soluble dans les solvants organiques, théoriquement très résistante à la chaleur, à l'oxydation et à la dessication. En pratique, on peut admettre :

1° Qu'elle est souvent altérée dans la viande conservée et dans le lait stérilisé ;

2° Que la chaleur la détruit lorsque les aliments n'en contiennent qu'une faible dose ;

3° Qu'elle est facilement décomposée par le contact de certains sels et des graisses rances ;

4° Qu'elle est peu abondante dans les légumes verts, si l'on tient compte de leur poids sec.

Du point de vue chimique, le principe actif de la vitamine E est-il identique au di-alpha-tocophérol (Evans et Emerson)? Malgré Bicknell, il semble que la question doive être résolue par l'affirmative (Anderson, Burrie, Ilvehjenn et Gonce, Wechsler, etc.).

On ne connaît pas encore de moyens chimiques de la doser.

Elle craint l'ozone, aussi serait-il désastreux d'ozoniser les chambres froides où l'on place les aliments qui la contiennent.

Elle est altérée par les rayons ultra-violets.

Sources. — *Très bonnes*, elles sont constituées par l'huile de germe de blé ; *bonnes*, par les légumes verts ; *assez bonnes*, par la chair musculaire et le foie de bœuf. On en trouve encore, mais *en petite quantité*, dans quelques fruits, les graisses, les huiles végétales, le jaune d'œuf et le lait de vache.

La carence en vitamine E peut reconnaître plusieurs causes : insuffisance d'apport ; détérioration, sous l'influence du vieillissement, de conserves alimentaires, mauvaise absorption intestinale (Bicknell). Le même auteur fait observer que certains aliments, considérés contenant une petite quantité de vitamine E, tel le jaune d'œuf, peuvent en être privés, les poules ayant été nourries d'une manière peu rationnelle.

Propriétés biologiques. — Deux sont actuellement hors de contestations, la vitamine E contenant un facteur *génital* et un *neuro-musculaire*.

1° *Facteur génital.* En cas d'avitaminose E, on observe :

Chez la femelle gravide, une tendance, soit à l'avortement, soit à la naissance avant terme de sujets débiles, liée à des causes diverses : difficulté des reproductions cellulaires, résorptions embryonnaires *in utero ;* aussitôt après l'accouchement, un retard de la montée laiteuse, ainsi, chez la femme, que des troubles psychiques (psychoses puerpérales).

Expérimentalement, il faut de 1 à 2 gr. de produit pour assurer une grossesse normale.

Chez le mâle, un arrêt du développement des cellules de la lignée séminale, d'où oligo, puis azoospermie, parfois définitive, compliquée, à la longue, d'atrophie portant sur le testicule, les vésicules séminales et la prostate.

Chez le nouveau-né, des dysgénésies cérébrales se traduisant par des troubles moteurs : paraplégie, hypopsychie.

2° *Facteur neuro et myotrophique* (Gœttsch et Ritzmann) :

Chez les rats soumis à un régime carencé en vitamine E apparaissent, au bout de quinze jours, des troubles nerveux : démarche ataxique, puis paralysie flasque et atrophique du train postérieur. A l'autopsie, lésions portant sur : 1) les cellules des cornes antérieures de la moelle ; 2) les racines postérieures ; 3) certaines parties des cordons postérieurs (fibres endogènes, faisceaux sensitifs directs) ; 4) les muscles, ces dernières pouvant, selon les cas, être primitives ou secondaires, la première de ces deux éventualités se produisant si l'on a affaire à des sujets jeune, la seconde, s'il s'agit d'adultes. Lésions et symptômes peuvent être guéris ou arrêtés si l'animal est traité à temps par la vitamine E (Blumberg, Einarson et Ringstel, 1938, Demole, Madsen, Morgulis, Olcott, Spencer, Wilder et Eppstein).

Il est vraisemblable que la vitamine E agit en collaboration avec :

1° D'autres vitamines et, en particulier, certaines qui appartiennent au groupe des vitamines B ;

2° Diverses hormones, hypophysaires et thyroïdiennes et, en particulier, pour les premières, les hormones gonadotropes et celles qui président au métabolisme des glucides et des lipides.

Pour M. Chauchard, la vitamine E possède une action propre sur les centres nerveux, ainsi que le montre l'étude des chronaxies sur l'animal anesthésié. Cette action suffirait à elle seule à expliquer les propriétés de la vitamine, sans qu'il soit besoin de faire intervenir la notion de carence.

Effets cliniques. — 1° Donnée à doses suffisantes en cas d'*avortement imminent*, elle modère l'intensité des contractions utérines, arrête les hémorragies et permet à la grossesse de suivre son cours.

Administrée aux femmes qui ont une *tendance aux avortements habituels* ou aux *accouchements prématurés*, elle les met à même de mener leur grossesse à terme.

2° *Dystrophies musculaires* (*myopathies*), *sclérose latérale amyotrophique*, *tabes* (1), *atrophies musculaires consécutives à la poliomyélite*, etc.

Dès 1938, Einarson et Ringsted (de Copenhague) se sont demandé si certaines dystrophies musculaires n'étaient pas dues à une déficience en vitamine E, en se fondant sur les expériences précédemment exposées. Pour Bicknell, le tabes pourrait être considéré comme la conséquence de deux causes agissant l'une après l'autre : la syphilis, qui lèse les cordons postérieurs, la déficience en vitamine E, produisant la dégénérescence des cordons ainsi lésés. Il a donc, en s'inspirant de ces données, traités 18 cas de dystrophies musculaires de diverse origine, 4 cas de sclérose latérale amyotrophique, 2 tabes, 5 atrophies péronières. Dans les myopathies, concernant toutes des enfants, amélioration remarquable. Dans le tabes et la sclérose latérale amyotrophique, ils furent « prometteurs ». à condition que les lésions ne fussent pas trop avancées. Le traitement ne provoqua aucune excitation sexuelle. L. S. Wechsler aurait complètement guéri deux scléroses latérales amyotrophiques en leur donnant chaque jour trois comprimés de 3 milligrammes d'acétate d'alpha-tocophérol. Dans un, la cessation du médicament fut suivie d'une rechute, que jugula la reprise du traitement. Trois autres fois, le résultat fut nul, sans doute parce qu'il s'agissait de cas très avancés.

Les bons résultats obtenus dans la sclérose latérale amyotrophique n'ont pas été confirmés par MM. Guillain et Jean Lereboullet (*Soc. méd. hôp.*, 20 juin 1941).

S. Stone a traité de la même manière cinq dystrophies musculaires, une atrophie post-poliomyélitique et une atrophie consécutive à une radiculomyélite : dans tous, il obtient une amélioration durable, parfois accrue par l'administration, conjointement avec la vitamine E, de la vitamine B. S'agit-il là, comme le pense l'auteur, d'une action inhibitrice sur les substances antiprotéolytiques du sérum qui troublent le métabolisme des protides et s'opposent à la transformation de certains d'entre eux en tissu musculaire normal, les dystrophies étant liées à l'insuffisance des enzymes protéolytiques du même sérum (Meldolesi)? L'hypothèse n'est pas invraisemblable, si l'on se rappelle que Shute a trouvé, assez fréquemment, des substances protéolytiques dans le sérum des femmes sujettes à l'avortement habituel. Il est possible aussi que cette vitamine stimule la prolifération des cellules musculaires et nerveuses.

(1) D'après A. Varay, *Presse Médicale*, 15-18 janvier 1941, nos 5-6, p. 50.

Indications. — Ce sont surtout :

1° Les *affections génitales :*

Chez la femme : les *avortements habituels*, les *menaces d'avortement*, les *hypoplasies utérines curables* et les *dysménorrhées*, la *tendance aux accouchements prématurés*, les *psychoses puerpérales*, l'*insuffisance de l'allaitement ;*

Chez l'homme : l'*azoospermie*, l'*impuissance*, les *états dépressifs d'origine sexuelle ;*

Chez le prématuré : les *troubles de la croissance.*

On a conseillé aussi de prescrire la vitamine E aux sujets atteints de certaines affections (oreillons) et à ceux qui sont soumis à certains traitements (radiothérapie, sulfamides), dans lesquels les fonctions reproductrices peuvent être altérées, fût-ce momentanément.

Mode d'administration. — Posologie. — En pratique, on emploie l'acétate de di-alpha-tocophérol synthétique, beaucoup plus stable que la base elle-même, active, chez le rat, à la dose de 3-4 milligrammes. On le trouve dans le commerce sous forme de comprimés, d'autant plus recommandable que le médicament est entièrement absorbé par le tube digestif.

La dose varie avec les cas.

En cas de grossesse chez une femme sujette aux *avortements habituels*, 1 à 2 comprimés par jour pendant toute la durée de la grossesse.

Y a-t-il *menace d'avortement*, de 5 à 20 comprimés par *jour*, pendant une ou deux semaines. Continuer le traitement avec 1 ou 2 comprimés par jour.

Mêmes doses élevées en cas de *psychose puerpérale.*

Les doses seront moindres en cas d'*hypoplasie utérine* curable et de *dysménorrhée*, ou quand on a affaire à des *primipares âgées.*

A-t-on à lutter contre les troubles de la *spermatogénèse*, on prescrira 2 à 3 comprimés par jour.

Chez le nouveau-né, la dose est d'un demi-comprimé par jour.

La médication est bien tolérée. On peut lui en associer d'autres, et en particulier, la vitamine B^1, en cas de troubles moteurs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 9 juin 1941

Dépression atmosphérique et système nerveux. — M. et Mme Albert Chauchard et M. Paul Chauchard. — En dépression atmosphérique (altitude) il y a inhibition corticale et excitation médullaire ; ces actions ne s'expliquent pas uniquement par le facteur anoxique de la dépression. L'oxygénothérapie ne fait pas disparaître tous les troubles nerveux. Il faut se garder surtout de donner un excès d'oxygène qui provoquerait des troubles nerveux qualitativement et quantitativement comparables à ceux de la dépression.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 22 juillet 1941

M. le Président annonce en termes émus le décès de M. Gautrelet et celui de M. Rathery, membres titulaires.

Rapport. — M. Brocq-Rousseu dépose un rapport sur des demandes en autorisation de sérums.

Le glutathion dans le sang chez divers malades et en particulier chez les cancéreux. — M. Léon Binet rapporte le résultat de dosages effectués avec M. Weller sur le sang de divers malades ; il étudie le corps soufré connu sous le nom de gluta-

thion et note de grosses variations de ce corps au cours de diverses maladies. L'atteinte des capsules surrénales, les maladies du foie, déterminent une baisse importante de ce corps ; par contre, dans le cancer, on peut enregistrer une élévation du glutathion sanguin par rapport au nombre des globules rouges.

Traitement par la testostérone d'un garçon de 22 ans présentant une hypotrophie staturale et un infantilisme d'origine hypophysaire (tumeur de la poche de Rathké). — MM. Pierre Nobécourt et S. Briskas. — Un garçon, soigné par l'un de nous, depuis l'âge de 12 ans, pour un nanisme causé par un cranio-pharyngiome formé dans les vestiges embryonnaires de la poche de Rathké, présente, à 22 ans, une *hypotrophie staturale* et un *infantilisme*.

Nous le traitons régulièrement pendant huit mois par des injections intramusculaires de *propionate*, puis *d'acétate de testostérone*, à des doses atteignant jusqu'à 20 milligrammes ; ensuite le traitement est irrégulier.

La *puberté* débute trois mois après le commencement du traitement et évolue : poils pubiens et axillaires, ombre de moustache, accroissement du pénis et des bourses, augmentation légère des testicules, érections et éjaculations d'un liquide donnant la réaction de Florence, contenant d'assez nombreuses cellules séminales, dans lequel on ne voit pas de spermatozoïdes, modifications du psychisme. Cette évolution pubérale est attribuable à la testostérone qui supplée la carence des testicules.

D'autres phénomènes, légère poussée de croissance staturale, accroissement du poids et du périmètre thoracique, diminution du coefficient de Pignet, etc., peuvent relever de facteurs autres que l'action du médicament.

Rôle de la cortico-surrénale dans l'hypertension essentielle et l'hypotension. — MM. A. Giroud, P.-L. Desclaux et Mme Magd. Martinet. — Plusieurs faits permettaient de supposer que l'activité fonctionnelle de la cortico-surrénale se modifiait au cours des variations tensionnelles. Entre autres, dans la maladie d'Addison, il existe une hypotension curable par l'hormone corticale. D'autre part, l'usage prolongé de la désoxycorticostérone provoque de l'hypertension.

On pouvait donc supposer trouver des modifications de la sécrétion de l'hormone corticale au cours de l'hypertension et de l'hypotension.

L'étude de l'élimination urinaire de cette hormone a été faite chez des hypertendus et chez des hypotendus. Elle révéla que la sécrétion d'une ou plusieurs des hormones cortico-surrénales est augmentée dans l'hypertension essentielle et qu'elle est, au contraire, diminuée dans le cas inverse, c'est-à-dire dans l'hypotension.

Ces faits ne préjugent pas que le cortex ait un rôle indépendant de la médullaire, ni que son action soit directe ; ils montrent seulement l'importance de la cortico-surrénale.

Nouvelles recherches relatives à la toxicité de l'édulcorant dit « Dulcine ». — MM. Kling, Bovet et Mme Martinet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 juin 1941

Maladie de Vaquez avec complications nerveuses et oxycarbonémie endogène. — MM. Georges Guillain et J. Morichau-Beauchant. — Observation d'une malade de 37 ans présentant les signes d'une maladie de Vaquez caractérisée par une polyglobulie, une splénomégalie, une hépatomégalie, de la cyanose de la face et des extrémités et des muqueuses. Chez la malade non cardiaque, survint une hémiplégie droite avec une aphasie. On sait que des manifestations nerveuses attribuées à l'hyperviscosité sanguine, à des tromboses artérielles ou veineuses, à des ruptures vasculaires ont été observées au cours des polyglobulies. Chez cette malade le dosage de l'oxyde de carbone a montré un chiffre de 20 cm³ par litre. Cette constatation s'ajoute aux faits signalés par M. Lœper de cinq cas de maladie de Vaquez avec oxycarbonémie et qui pense que certaines érythémies peuvent être créées par des oxycarbonémies spontanées.

Etude clinique d'une épidémie hospitalière de dysenterie à bacille de Flexner. — MM. Raoul Kourilsky, Jacques Sicard et Jacques Barrier. — Etude de l'éclosion et du développement de l'épidémie de dysenterie survenue en septembre 1940 dans l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches, épidémie qui a frappé 118 malades séniles ou chroniques.

Il s'est agi, presque toujours, de formes frustes, difficiles à différencier des simples diarrhées alimentaires, et remarquables aussi par l'intrication des infections colibacillaires et dysentériques. Le pronostic des formes prolongées, très nombreuses, a toujours été sérieux, et 37 cas mortels ont été observés parmi lesquels on nota des hémorragies surrénales.

Ces auteurs insistent sur l'existence d'altérations hépatiques dans toutes les formes mortelles, et sur l'absence complète de toute complication infectieuse. La thérapeutique sulfamidée à de fortes doses n'a été d'aucune efficacité sur ces formes de dysenterie, le terrain très spécial des malades traités (séniles, cachectiques, chroniques) expliquant sans doute cette anomalie.

Etude du séro et de l'hémo-diagnostic au cours d'une épidémie hospitalière de dysenterie à Bacille de Flexner. — MM. Raoul Kourilsky, Lucien Brumpt et Jacques Sicard. — D'août 1940 à avril 1941, les auteurs ont étudié 115 cas de dysenterie où le bacille de Flexner fut isolé des selles des malades.

Le séro-diagnostic montra des taux d'agglutination très bas chez les sujets âgés et fut négatif dans 19 cas.

Une agglutination à 1/100e semble avoir une réelle valeur diagnostique. L'hémo-diagnostic mettant une émulsion des germes de l'épidémie en présence du sang total a montré des résultats parallèles à ceux du séro-diagnostic, il se fait en moins de quatre minutes au lit du malade. Appliqué à une collectivité, il a un grand intérêt prophylactique en permettant le dépistage des formes frustes et des porteurs de germes.

Deux cas d'infection de nature inconnue avec éosinophilie et paralysies périphériques. — MM. Trémolières, Moussoir et Duret. — Observations de deux cas d'une affection non située en nosologie, caractérisée par une éosinophilie très accentuée (58 et 51 %) et par des paralysies avec réaction spéciale au benjoin colloïdal. Cette infection rappelle la poly-radiculo-névrite de Guillain et Barré, qu'on ne peut identifier à raison de l'éosinophilie. Recherches de laboratoires imprécises.

Sédimentation globulaire chez les hypertendus. — M. Aubertin. — Pour l'auteur la sédimentation globulaire est très souvent normale et son accélération n'est pas explicable par l'intensité de l'hypertension elle-même. Elle est plutôt en rapport avec l'insuffisance cardiaque qui complique l'hypertension et surtout avec l'insuffisance rénale qui évolue chez quelques hypertendus.

Kyste hydatique calcifié de la queue du pancréas. Ablation totale. Diabète transitoire post-opératoire. Guérison. — MM. P. Jacquet, Peron, Ferroir et Perrier. — Chez une femme de 68 ans, une tumeur paraombilicale gauche se présente à la radiographie comme une masse calcifiée rétrogastrique. L'éosinophilie, la positivité de la réaction permettent de porter le diagnostic de kyste hydatique calcifié. L'intervention faite par R. Thalheimer permet l'exérèse d'une grosse tumeur calcifiée insérée dans la queue du pancréas, enlevée sans formolisation.

Guérison rapide sans incident, sauf un diabète léger post-opératoire, développé du 5e jour au 12e jour après l'intervention. En résumé, localisation très rare d'échinococcose pancréatique avec aspect radiographique typique.

Etude critique sur le traitement de la sclérose latérale amyotrophique par la vitamine E. — MM. Georges Guillain et Jean Lereboullet. — Il a été souvent spécifié que la vitamine E guérit la sclérose latérale amyotrophique. Or, aucune des thérapeutiques employées ordinairement n'a pu empêcher son évolution progressive jusqu'à la mort. Les auteurs ont traité à la Salpêtrière par la vitamine E, à doses élevées, neuf cas de cette maladie dont le diagnostic clinique était indiscutable. Jamais l'évolution de la maladie n'a été enrayée. Il ne faut donc pas laisser s'accréditer cette opinion que la vitamine E peut améliorer et guérir cette affection grave du système nerveux.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 20 mai 1941

Généralités sur les alliages de remplacement et sur leur emploi en prothèse dentaire. — Le Dr Béliard souligne l'importance actuelle de l'étude des alliages de remplacement. Leur emploi, dicté surtout depuis plusieurs années par un souci d'économie, s'impose aujourd'hui par la rareté des métaux précieux. On peut prévoir le moment où l'emploi de ces derniers deviendra impossible, l'époque actuelle apparaissant comme une période de transition.

Du point de vue de la métallurgie, une grande confusion règne au sujet de la composition des alliages ; l'auteur a déjà établi une classification en répartissant les alliages selon la richesse de leurs composants, il définit ainsi quatre groupes : 1° Les métaux précieux ; 2° Ors spéciaux composés d'or et d'argent ; 3° Alliages d'argent et de métaux non précieux ; 4° Les métaux communs.

Il faut se méfier des métaux du 3e groupe, ils forment des couples électrolytiques aux effets destructeurs, ils s'oxydent dans le milieu buccal.

Les métaux communs comprennent trois classes : 1° Bronze et laiton ; 2° Alliages inoxydable ferreux ; 3° Alliages inoxydables non ferreux (Vitallium Palladinox).

Cette dernière classe est remarquable, c'est à elle que le praticien aura intérêt à s'adresser quand il ne pourra utiliser les alliages des deux premiers groupes.

Du point de vue juridique, M. Béliard s'élève contre le privilège des fondeurs qui nous fournissent des alliages dont les for-

mules, tenues secrètes, peuvent varier au gré du fabriquant sans que sa responsabilité soit engagée, alors que la nôtre, aussi bien morale que civile est entière vis-à-vis des malades.

Les Drs Dechaume et Béliard ont saisi le Conseil National de l'Ordre des Médecins de cette importante question.

Réflexions sur l'emploi de l'acier inoxydable en prothèse fixe et amovible. — Le Dr Chateau considère que l'acier inoxydable est le meilleur métal de remplacement, malheureusement ses qualités sont trop souvent altérées par une mauvaise technique. Il convient d'observer les règles suivantes : 1° Employer une source thermique suffisamment importante pour fondre le métal dans le minimum de temps, on évite ainsi la précipitation des carbures de chrome ; 2° Proscrire toute soudure autre que l'autogène ; 3° Avant l'emploi de l'acier en bouche, procéder à son recuit à 1.150° pendant 5 minutes, ce qui lui donne une grande malléabilité.

Note pratique sur l'utilisation des métaux de remplacement. — Le Dr Martin donne quelques conseils d'ordre pratique sur l'emplacement de la tige de coulée qui doit être d'un calibre suffisant et placée parallèlement à la surface triturante des couronnes. Une boule de cire est située à la partie moyenne de la tige de coulée, on évite ainsi l'oxydation du métal.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

(Sections de médecine et de biologie)

Séance du 21 février 1941

Un cas grave d'érythrodermie desquamative du nourrisson ou maladie de Leiner-Moussous guérie par désensibilisation à l'aide d'une dilution très étendue de stock-vaccin entérococcique administrée par voie buccale. — MM. Lisbonne et Gluck.

Essais de vaccination vraie de la génisse contre Brucella melitensis. — MM. Lisbonne et Roman.

Recherches expérimentales sur les lésions médullaires provoquées chez le chien par injection intrarachidienne d'une sulfamide soluble (soludagénan) à forte concentration. — MM. L. Hédon, A. Loubatières, G. Luigi et J. Turchini. — L'introduction d'une sulfamide soluble à forte concentration dans les espaces sous-arachnoïdiens provoque aux alentours du point d'injection des lésions de la substance blanche médullaire à type de dégénérescence wallerienne non systématisée. Les accidents nerveux consécutifs aux injections intrarachidiennes du soludagénan paraissent être en rapport avec la forte concentration du médicament.

Un nouveau modèle de spiromètre d'encombrement réduit. Présentation de l'appareil. — M. L. Hédon.

Production intense de « mastzellen » chez l'homme au cours des réticulo-endothélioses. — M. P. Cazal.

Régulation rétinienne des réactions d'adaptation chromatique étudiées par la méthode des éclairements monochromatiques. — M. V. Vilter.

Nouvelles observations biologiques sur la luminescence des Polynoés. — M. Ch. Bonhomme.

Rétrécissement mitral et insuffisance pulmonaire symptomatiques d'un rhumatisme cardiaque évolutif, simulant une tuberculose pulmonaire. — MM. J. Vidal, J. Fourcade et Mme Lescure insistent surtout, ici, sur le syndrome radiologique pulmonaire : diminution de transparence de la partie moyenne des poumons, aspect en mailles de filets, visibilité anormale de la bronche droite et scissurite droite.

Ils signalent, en outre, une anergie passagère contemporaine de la poussée évolutive du rhumatisme cardiaque.

A propos d'un cas de paralysie générale, tabès et chorée associés. — MM. J. Euzière, Ed. Fassio, N. Duc et J. Guillaud. — Les auteurs, à propos de cette association, rappellent les différentes théories pathogéniques qui ont été émises pour expliquer les rapports de la chorée et de la paralysie générale : théorie striée, théorie pédonculaire supérieure (par lésion des pédoncules supérieurs, théorie corticale et théorie corticale élargie. Chez leur malade le rôle des corps striés est vraisemblable, étant donnée l'existence de signes parkinsoniens. Le rôle du cortex ne peut, cependant, pas être éliminé. Enfin, les auteurs se demandent si le tabès n'a pas joué un rôle favorisant, par l'intermédiaire de l'altération du sens musculaire et de la sensibilité profonde.

Accidents paralytiques dus à l'injection intrarachidienne de soludagénan (5 cas vus un an après). — MM. J. Euzière, Ed. Fassio, N. Duc et Graafland. — Cinq observations de paraplégie à la suite d'injections intrarachidiennes de soludagénan, pratiquées avant l'entrée, pour méningite cérébro-spinale et dans un cas pour suspicion d'infection méningée après fracture du crâne.

Ils en font une étude détaillée en se rapportant aux observations publiées antérieurement ; ils concluent à une action locale du support sodé du soludagénan (myélo-radiculite basse).

Calcification du péricarde avec insuffisance aortique. Cirrhose cardiaque et asystolie irréductible. — MM. G. Giraud, J.-M. Bert et R. Bosc. — Calcification complète du péricarde chez un jeune homme. Cliniquement on notait une volumineuse hépatomégalie dure et une insuffisance aortique, mais on ne percevait pas de vibrance protodiastolique. Sur le cliché radiologique le péricarde était visible sous forme d'une mince ligne opace continue, dessinant presque tout le contour du cœur. Mort par insuffisance cardiaque progressive et irréductible.

Deux cas de dilatation des bronches de l'adulte consécutive à une pneumonie aiguë. — MM. G. Giraud, P. Mas et J.-M. Bert. — Les auteurs ont assisté à l'apparition d'un syndrome de dilatation bronchique de la base droite à la suite d'une pneumopathie aiguë de cette zone, chez deux jeunes filles âgées l'une et l'autre de 22 ans. La notion de traumatisme infectieux paraît ici évidente (ce qui s'observe le plus fréquemment chez l'enfant) car ces malades n'avaient pas de passé pathologique respiratoire. Dans les deux cas on a assisté à une régression difficile, mais nette des signes et à l'évolution vers la guérison, non sans séquelles.

Anémie de Biermer, déglobulisation extrême avec leucopénie et mort par syndrome neuro-anémique. — MM. G. Giraud, P. Mas, T. Desmonts et B. Pariselle. — Ce syndrome s'est développé chez une malade de 63 ans : 480.000 hématies par mm^3 de sang avec augmentation de la valeur globulaire et mégalocytose.

Le myélogramme montre l'existence de formes géantes des érythroblastes allant des proerythroblastes aux mégalocytes, surtout il montre que la leucopénie est due à un défaut de maturation des granulocytes.

L'hépatothérapie a amené une augmentation rapide du nombre des globules rouges et du nombre des leucocytes due à la maturation des granulocytes, mais elle n'a pu entraver l'évolution d'un syndrome neuro-anémique.

Méningite lymphocytaire remplaçant une poussée d'herpès récidivant cataménial. Le problème des méningites herpétiques. — MM. Janbon, J. Chaptal, Mlle Labraque-Bordenave et R. Bosc. — Apparition, chez une femme de 34 ans, d'un état méningé aigu survenu à la fin d'une période cataméniale et paraissant remplacer la poussée d'herpès récidivant (parfois herpès génital profus) habituellement constaté chez elle, depuis plus de trois ans, lors des périodes menstruelles. La méningite est strictement lymphocytaire (325 éléments, 0 gr. 80 d'albuminose, 0 gr. 36 de glycorachie) et se caractérise par l'intensité très grande des symptômes cliniques (céphalée et contractures), la quasi-absence de fièvre, la lente involution (25 jours) vers la guérison.

Toutes les investigations habituelles (microbiologiques et sérologiques) furent négatives. Plusieurs échantillons de liquide céphalo-rachidien ont été inoculés à la cornée ou dans le cerveau du lapin ; une inoculation intracérébrale donna lieu à une encéphalite mortelle, transmissible en série, mais arrêtée au troisième passage, en raison de la pénurie de matériel animal vivant.

Les auteurs abordent, à la lueur des faits cliniques et expérimentaux jusqu'ici publiés, le difficile problème de la méningite herpétique. Ils ont mis, pour la première fois, en évidence la virulence du liquide céphalo-rachidien au cours d'une méningite présumée herpétique, ce qui les autorise à conclure à la légitimité de ce diagnostic dans leur cas.

Méningite lympho-monocytaire et zona lombo-abdominal. Rôle du traumatisme rachidien dans la localisation de l'éruption cutanée. — MM. M. Janbon et J. Chaptal. — Observation chez un homme de 23 ans, d'une méningite à liquide clair présentant des flocons fibrineux et contenant 215 éléments par millimètre cube (par moitié lymphocytes et mononucléaires) et 2 gr. 95 d'albumine p. 1000. Le lendemain de la ponction lombaire, fut visible un zona lombo-abdominal occupant le territoire radiculaire D^{11}, et à peu près indolore. La guérison complète fut obtenue en 12 jours.

Les auteurs attirent l'attention sur le rôle joué par la ponction lombaire dans la localisation topographique de l'éruption. Ils discutent de la légitimité du diagnostic de méningite zonateuse, sans conclure.

Un cas de poliomyélite antérieure aiguë avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. — MM. Boudet, Jeanjean, J. Balmès et P. Cazal. — Observation d'un cas incontestable de poliomyélite antérieure aiguë avec

dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, marquée surtout au début, et qui s'est atténuée par la suite alors que s'installaient les amyotrophies. Les auteurs discutent la valeur de ce signe isolé pour le diagnostic du syndrome de Guillain-Barré.

A propos du diagnostic différentiel entre les endocardites évolutives et la tuberculose pulmonaire. Un cas d'endocar dite maligne lente compliquée d'anévrysme de l'artère humérale. — M. J. Vidal. — Histoire d'un malade considéré tout d'abord comme un bacillaire pulmonaire et qui était atteint, en réalité, d'endocardite maligne lente.

Un anévrysme diffus de l'artère humérale droite s'est développé au cours de l'évolution de l'endocardite.

LOI DU 15 JUILLET 1941 sur la nomination des professeurs de l'enseignement supérieur

Article premier. — Nul ne peut être nommé maître de conférences dans une Faculté s'il n'est inscrit sur une liste d'aptitudes à l'enseignement supérieur, établie par le secrétaire d'Etat à l'Education Nationale et à la Jeunesse, après consultation d'une commission restreinte composée de spécialistes.

Chacune de ces commissions est présidée par un membre du comité consultatif de l'enseignement supérieur ; leur composition est fixée par arrêté du secrétaire d'Etat.

Les agrégés des Facultés de droit et de médecine continuent à être nommés après concours, conformément aux statuts spéciaux à chaque ordre d'agrégation.

Art. 2. — Les listes d'aptitude à l'emploi de maître de conférences sont établies par ordre de mérite ; les nominations interviennent en tenant compte de ce classement.

En ce qui concerne les agrégés des Facultés de droit et de médecine, il est tenu compte, lors de leur nomination, de l'ordre du classement établi après le concours.

Art. 3. — Les professeurs titulaires des Facultés de province sont nommés par le secrétaire d'Etat entre les candidats qui lui sont présentés :

1° Par le Conseil de la Faculté intéressée dans les conditions prévues par l'article 6 du décret du 28 décembre 1885 ;

2° Par les professeurs de la Faculté de Paris et des Facultés de province titulaires de chaires de la même discipline que celle dont la vacance est à pourvoir.

Chacune de ces listes de présentation comporte deux noms placés dans l'ordre de préférence.

Les titulaires de chaires nouvelles sont nommés sur la seule présentation des professeurs des autres Facultés.

Art. 4. — Les dispositions de l'article précédent sont applicables aux Facultés de l'Université de Paris, en ce qui concerne les nominations de maîtres de conférences des Facultés des lettres, des sciences et de pharmacie, des chargés de cours et agrégés de la Faculté de Droit et des professeurs titulaires de la Faculté de Médecine.

Art. 5. — Pour l'application des articles 3 et 4, les chaires des diverses Facultés sont groupées suivant la nature des enseignements qui y sont donnés. Les professeurs titulaires de chaires placées dans un même groupe présentent au secrétaire d'Etat les candidats à l'une d'elles.

Art. 6. — Des chaires nouvelles peuvent être créées par décret sur les ressources prévues à l'article premier du décret du 25 juillet 1885 après avis des professeurs titulaires de chaires ressortissant à une même discipline.

Les titulaires en sont nommés suivant les règles ci-dessus définies.

Art. 7. — Pour toutes les Facultés autres que celles de l'Université de Paris, les demandes de mutation de chaire sont soumises, dans les mêmes conditions que les nominations, à l'avis du Conseil de la Faculté et des professeurs compétents des autres Facultés.

Sont soumises au seul avis des Conseils des Facultés intéressées les demandes de permutation ou de transfert d'une Faculté à une autre ; toutefois, le secrétaire d'Etat peut demander à l'occasion d'une permutation ou d'un transfert, l'avis des professeurs compétents des autres Facultés.

Art. 8. — Les dispositions précédentes sont applicables aux diverses écoles d'enseignement supérieur et aux Facultés de Théologie, dans la mesure où elles sont régies par les règles en vigueur dans les Facultés.

Art. 9. — Les nominations aux fonctions de professeurs agrégés, maîtres de conférences ou chargés de cours rétribués sur les fonds de l'Université sont faites dans les conditions ci-dessus définies, sous réserve que les propositions de la Faculté soient soumises au Conseil de l'Université. (*J. Off.*, 17 juillet 1941).

FRANCIS RATHERY 1877-1941

Le Professeur Rathery vient de disparaître après une maladie de quelques semaines supportée avec le même stoïcisme qu'il montrait naguère lorsqu'il eut l'atroce douleur de perdre son fils aîné tombé pour la France.

Le deuil qui frappe les siens, la peine de ses élèves, sont partagés par tous ceux qui ont connu et admiré Rathery. Observateur, clinicien et thérapeute, Rathery a tracé un sillon profond qui ne s'effacera pas et il a porté plus haut encore le juste renom de la belle famille médicale à laquelle il appartenait.

Il n'avait que sept ans lorsque disparut son père : François-Roger Rathery, médecin de l'hôpital Tenon. Une mère admirable s'occupa de son éducation. C'est à elle qu'il dut d'aborder, puis de suivre dignement la carrière de son père et celle de son grand-père, le physiologiste Dequevauville. Il devait retrouver les mêmes exemples lorsque, plus tard, par son mariage, il devint le gendre du professeur Gustave Bouchardat et le petit-fils du professeur Apollinaire Bouchardat qui, tous deux, furent présidents de l'Académie de Médecine.

Francis Rathery avait été reçu à l'externat des hôpitaux en 1897, deux ans après, il arrivait 4e à l'internat et, en 1903, il obtenait la médaille d'or. En 1905, il était reçu docteur avec une thèse devenue classique, sur *le tube contourné du rein*. Rathery fut ensuite chef de clinique, puis chef de laboratoire de la Faculté, agrégé de thérapeutique en 1910. L'année précédente, il avait été nommé médecin des hôpitaux.

Pendant la guerre de 1914-1918, comme il devait encore le faire pendant la guerre actuelle, il avait, avec la conscience qu'il apportait en toutes choses, rendu les services les plus éminents. Aussitôt après la guerre, en 1919, il devient chef de service à l'hôpital Tenon, l'ancien hôpital de son père, puis, en 1925, il est appelé à la chaire de pathologie expérimentale et comparée. Il succède à son maître, M. le Doyen Henri Roger, qui prend lui-même la chaire de physiologie.

En 1931, M. Rathery accède enfin à la chaire de clinique thérapeutique médicale. En 1932, il est élu membre titulaire de l'Académie de Médecine.

L'œuvre de Rathery est considérable. Elle est remarquable à la fois par le nombre et la haute qualité de ses travaux, par sa variété et, cependant, par son unité. Dès le début de sa carrière médicale, en effet, Rathery s'est constamment efforcé, c'est lui-même qui l'a dit, « d'associer intimement l'observation approfondie du malade avec les recherches de laboratoire. » Pendant toute sa vie il a suivi consciencieusement et méthodiquement la même ligne de travail. C'est, d'ailleurs, dans cette voie que ses maîtres : Gilbert, Chauffard, Chantemesse, Debove, Brissaud, André Petit, n'avaient cessé de le diriger et de l'encourager. Des amis comme Castaigne, comme André Mayer, du Collège de France, comme Paul Carnot, l'avaient assisté fidèlement, tandis que le professeur Desgrez, le doyen H. Roger et Léon Binet l'associaient à leurs recherches. Le Muséum, enfin, avait permis à Rathery de faire d'utiles études sur la pathologie comparée.

Les recherches personnelles de Rathery présentent toutes la marque de son esprit curieux et méthodique.

Au point de vue expérimental, elles ont porté surtout sur le rein, le foie, sur le diabète pancréatique expérimental, sur l'insuline et sur les glycémies.

Les travaux sur l'organisme humain auxquels Rathery attachait le plus de prix en raison de leur originalité sont ceux concernant le *Rein* et le *Diabète*. En ce qui concerne le rein, il a montré le rôle des néphrotoxines en pathologie, l'importance de la débilité rénale héréditaire. On lui doit encore des travaux sur les troubles humoraux et sur l'hyperprotéidoglycémie. La même originalité se montre dans ses travaux sur le diabète. Il a révisé complètement sa clinique, sa physiologie pathologique et sa thérapeutique, notamment par l'insuline. Très importants aussi sont ses travaux sur l'acidose, sur l'azotémie, sur l'équilibre dans la ration, les maladies par carence et même certaines maladies infectieuses.

Cette esquisse si incomplète ne peut donner qu'une faible idée du travail formidable accompli par Rathery. Ce travail, il en faisait bénéficier son enseignement. Avec beaucoup de réalisme, il complétait ses leçons en se faisant souvent assister par ses élèves dont beaucoup sont déjà des maîtres. On trouve encore le reflet de la vie scientifique ardente de Rathery dans son œuvre didactique qui comprend, outre une contribution importante aux grands traités (Debove, Achard et Castaigne ou Gilbert Fournier), d'innombrables publications ou communications et rapports aux congrès et dans les sociétés savantes. Toutes ces publications montrent le même souci d'exactitude et d'honnêteté scientifiques.

L'hiver dernier, il apportait aux populations françaises soumises aux restrictions, le secours de son expérience. C'est à Rathery,

en effet, que l'on doit les quatre types de régime adoptés pour le rationnement ; c'est à lui que l'on doit les notions indispensables à l'établissement des régimes équilibrés ; enfin, c'est grâce à lui que des régimes spéciaux ont été prévus pour les internes, les externes et le personnel hospitalier. La carrière de Rathery a donc été bienfaisante jusqu'à la fin.

Rathery, au premier abord, avait un aspect réservé, peut-être un peu sévère. Mais, dès que sa figure s'éclairait de son bon sourire on se sentait mis en confiance. Et il ne fallait pas longtemps pour deviner quelles étaient sa bonté et sa sensibilité.

Ses amis de jeunesse, dont je fus, avec mes frères, avec Dopter, Lereboullet, Lenormant, Lœper, ont tous éprouvé la fidélité de son amitié. Ils savent mieux que personne quelle fut la rectitude et la dignité de la vie de leur ami, quelle admiration sans réserve mérite sa mémoire.

Très tristement, nous adressons à Mme Rathery, si éprouvée, à ses enfants et, en particulier, à son fils Michel Rathery, externe des hôpitaux, à son gendre, M. Pierre Merklen, médecin des hôpitaux, l'expression profondément émue de notre sympathie.

F. L. S.

Liste des citations du corps de santé homologuées après revision

(*extraites du* Journal Officiel, *1er juin 1941 et suivants*) (1)

[Voir *Gaz. Hôp.*, nos 51-52 et suivants]

Abréviations. — A : Ordre de l'armée ; CA : Ordre du corps d'armée ; D : Ordre de la division ; B : Ordre de la brigade ; R : Ordre du régiment.

19e R. autonome de Tirailleurs sénégalais. — Méd.-lieut. Rannou, R.

21e R. I. C. — Méd.-aux. Boissonnat, D ; méd.-lieut. Assailly, CA ; dent.-aux. Dauneau, D.

22e R. I. C. — Méd.-aux. Ponsoye, D ; méd.-lieut. Hautin, D ; méd.-comm. Kertorme, D ; méd.-aux. Righini, R.

23e R. I. C. — Pharm.-lieut. Vaille, D ; méd.-lieut. Martin, CA.

24e R. T. S. — Méd.-comm. Castelbou, CA.

25e R. T. S. — Méd.-aux. Navaranne, D.

26e R. T. S. — Méd.-lieut. Gaubet, A ; méd.-lieut. Taillefer-Grimaldi, CA.

33e R. I. C. — Méd.-cap. Castex, CA ; méd.-lieut. Bernard, D ; méd.-lieut. Perellon, R ; méd.-aux. Paris, R ; pharm.-lieut. Lourteau, B.

43e R. I. C. — Méd.-aux. Bouchere, R.

44e R. I. C. — Méd.-aux. Pontal, A.

53e R. I. C. mixte sénégalais. — Méd.-cap. Pourteau, D.

57e R. I. C. — Méd.-cap. Gontier, D.

52e Demi-brigade mitrailleurs indochinois. — Méd.-aux. Pelet, R ; méd.-aux. Evrard, R ; méd.-cap. Lumaret, R ; pharm.-lieut. Devy, R ; dent.-aux. Gobin, R ; méd.-s.-lieut. Soulet, R ; méd.-lieut. Silverie, R ; dent.-lieut. Jauffret, R.

Cavalerie

4e G. R. D. — Méd.-lieut. André, D.

(*J. O.*, 30 juin 1941.)

11e G. R. D. — Méd.-lieut. Wintreberg, R.

12e G. R. D. — Méd.-aux. Level, CA ; méd.-cap. Guiguet, B ; méd.-lieut. Grindefer, B.

15e G R. D. — Méd.-lieut. Pannet, R ; méd.-lieut. Fontanel, R.

17e G. R. D. — Méd.-lieut. Jacquot, D ; dent.-aux. Danel, D.

22e G. R. D. — Méd.-chef Favet, A.

25e G. R. D. — Méd.-lieut. Février, B.

27e G. R. D. — Méd.-lieut. Abadie, D, D.

(1) Ces listes seront complétées au fur et à mesure des homologations qui, pour certains corps, ne sont pas terminées, notamment en ce qui concerne les prisonniers.

28e G. R. D. — Méd.-cap. Kermabon, CA.

31e G. R. D. — Méd.-lieut. Laboureau, R ; méd.-lieut. Hamonet, D.

34e G. R. D. — Méd.-chef Sabatier, D.

35e G. R. D. — Méd.-lieut. Gavaudan, R ; méd.-lieut. Negro, R.

40e G. R. D. — Méd.-lieut. Menguy, R.

60e G. R. D. — Méd.-lieut. Lauriat, D.

61e G. R. D. — Méd.-lieut. Arnaud, R.

(*J. O.*, 1er juillet 1941.)

(*A suivre.*)

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF MÉDIAN

ANATOMIE-PHYSIOLOGIE

Le nerf médian naît de la portion axillaire du plexus brachial par deux racines, une externe et une interne qui, en se réunissant, forment la fourche du médian.

La racine externe, née du tronc secondaire supérieur ou médio-musculo-cutané, contourne le flanc externe de l'artère, la *racine interne*, née du tronc secondaire antéro-interne ou médico-cubito cutané, apparaît entre la veine et l'artère et s'unit à l'externe après avoir croisé la face antérieure de l'axillaire.

Classiquement, la racine interne serait moins volumineuse. En réalité son volume est à peu près constant, tandis que celui de l'externe dépend essentiellement du mode d'accolement des fascicules nerveux qui rejoignent le médian, soit directement par la racine externe, soit indirectement par l'anastomose médian-musculo-cutané.

Parfois l'union des deux racines se fait plus bas, à la partie moyenne du bras ou même au coude.

TRAJET

Né dans le creux de l'aisselle, le médian descend dans la partie interne de la *loge antérieure du bras*, puis traverse la région interne du *pli du coude* en se dirigeant légèrement en dehors, pour suivre ensuite la ligne médiane de la *face antérieure de l'avant-bras*, situation qui lui a valu son nom.

Enfin, en arrivant au niveau *du poignet*, il s'engage dans le canal carpien et se divise en ses branches terminales à la sortie de ce canal.

RAPPORTS

Nous allons donc étudier les rapports du nerf médian :

1) Dans le creux de l'aisselle ;
2) Au bras ;
3) Au pli du coude ;
4) A l'avant-bras ;
5) Dans le canal carpien.

I. — Dans le creux de l'aisselle.

A) *Rapports avec les parois du creux de l'aisselle.* — Les racines du nerf médian cravatant l'artère axillaire derrière le petit pectoral, les rapports du médian dans l'aisselle sont les mêmes que ceux de l'axillaire dans ses deux dernières portions.

En avant : superficiellement le *grand pectoral*, mais surtout rapport direct avec le *petit pectoral* et le *ligament de*

Gerdy. Entre les deux plans : vaisseaux et nerfs du grand pectoral.

En dedans : le gril costal et les digitations du *grand dentelé*.

• *Nerf du grand dentelé* ou de Ch. Bell.

Rameaux perforants des intercostaux.

En arrière : l'axillaire sépare le médian du *sous-scapulaire*, immédiatement en dedans de la saillie formée par la tête humérale. Plus bas, l'artère et le nerf passent devant le *grand rond* dont le bord inférieur est contourné par le *grand dorsal*.

En dehors : le médian est longé par le *coraco brachial*, son muscle satellite qui le recouvre parfois.

B) *Rapports avec le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle*. — Le nerf médian constitué est appliqué sur la partie externe de la face antérieure de *l'artère*, la face profonde est creusée en gouttière au contact de l'axillaire. L'artère et le nerf sont presque verticaux lorsque le bras pend le long du corps, ils tendent vers l'horizontale dans la position de ligature.

Les différents éléments du paquet vasculo-nerveux sont groupés autour de l'artère et du nerf médian.

En dedans, c'est l'énorme *veine axillaire. Le tronc veineux collatéral* est souvent situé en avant de l'artère masquant plus ou moins le médian, il peut être en dehors de lui. Très souvent une grosse veine née du canal collatéral gagne la veine axillaire en s'insinuant sous la racine externe du médian et en passant dans la fourche. Dans les deux tiers des cas environ, *l'artère de la fourche du médian* naît de la face antérieure de l'axillaire au niveau de la fourche et descend plus ou moins bas le long du nerf dans l'épaisseur de sa gaine.

Le nerf cubital est d'abord profondément situé en dedans du médian entre l'artère et la veine axillaire, il apparaît ensuite au bord interne de l'artère, le *brachial cutané interne* et *son accessoire* sont sur la face antérieure de la veine. Le *musculo cutané* né au bord inférieur du petit pectoral n'est accolé à l'artère qu'un court instant, il s'écarte d'elle en se portant en dehors et surtout en avant pour atteindre le coraco brachial qu'il perfore.

Enfin le *tronc radio circonflexe* est en arrière de l'artère qui le sépare du médian. Le nerf circonflexe va disparaître dans le trou carré de Velpeau avec les vaisseaux circonflexes postérieurs. Le tronc commun des veines circonflexes gagne le canal veineux collatéral en s'insinuant entre le médian et le musculo cutané.

II. — Au bras.

Le nerf médian et les vaisseaux huméraux descendent à la face antéro-interne du bras dans l'angle dièdre compris entre le *biceps* et la *cloison intermusculaire interne* doublée du *triceps* en arrière, du *brachial antérieur* en avant : c'est le *canal brachial de Cuveilhier*. Mais la cloison intermusculaire ne remonte pas plus haut que la zone d'insertion du coraco brachial. Il en résulte qu'à la partie supérieure le nerf et l'artère ne sont séparés du triceps que par une mince couche celluleuse. Dans la moitié inférieure du bras, le nerf repose sur le bord interne du coraco brachial qui se sépare d'abord de la cloison intermusculaire puis de l'extrémité élargie de l'humérus.

En avant et en dehors, le nerf répond d'abord à la partie inférieure du *coraco brachial*, puis à la partie interne du *biceps*. Au cours de la ligature de l'artère humérale, à la partie moyenne, le nerf médian est découvert à la place qu'occupait le bord interne du biceps que l'on récline.

En avant et en dedans, le nerf médian et l'artère humérale ne sont recouverts que par l'*aponévrose brachiale*.

Au cours de son trajet dans le canal brachial, le nerf médian *croise les vaisseaux huméraux*. Externe dans l'aisselle, il est en avant à la partie moyenne et en dedans à la partie inférieure.

Les nerfs qui étaient en rapport avec le médian à la sortie de l'aisselle s'écartent progressivement de lui. Le *brachial cutané interne* devient satellite de la veine basilique et avec elle perfore l'aponévrose superficielle pour devenir sous-cutané, interne et postérieur par rapport au médian.

Le nerf cubital, en dedans de l'artère à la partie supérieure, perfore la cloison intermusculaire au tiers moyen du bras et chemine en arrière de cette cloison avec l'artère collatérale interne supérieure.

Le nerf radial disparaît rapidement dans la fente huméro tricipitale avec l'artère humérale profonde.

Le musculo cutané qui a perforé le coraco brachial est nettement en dehors entre le biceps et le brachial antérieur.

De sorte qu'au bras le médian n'est en rapport avec l'artère et les veines humérales et *deux ou trois troncs lymphatiques* présentant sur leur trajet à la partie moyenne du bras quelques petits ganglions.

III. — Au coude.

Dans la partie brachiale du pli du coude, le nerf repose en arrière sur le bord interne du *brachial antérieur* qui le sépare de la *palette humérale* puis de *l'articulation*.

Il s'écarte progressivement de l'artère humérale, puis le sépare du *tendon du biceps* encore plus externe : (Tillaux : l'artère, cordon rouge, comprise entre deux cordons blancs). En avant, le nerf est recouvert par l'*aponévrose brachiale* qui le sépare de la partie terminale de la *veine médiane basilique*.

Dans la partie antibrachiale du pli du coude, le nerf médian repose encore en arrière sur le brachial antérieur. L'artère est à un demi-centimètre en dehors. En avant, entre nerf et aponévrose renforcée par l'*expansion du biceps*, vient s'interposer le *chef épitrochléen du rond pronateur* qui le déborde nettement en dehors. Puis le médian s'insinue entre le chef épitrochléen et le *chef coronoïdien* du rond pronateur ; ce chef profond sépare le nerf de l'*artère cubitale* qui se porte en bas et en dedans.

Au cours de ce trajet le nerf médian présente des rapports avec les artères qui forment le cercle périépitrochléen : artère collatérale inférieure et interne, et récurrente cubitale antérieure qui lui donent quelques rameaux.

IV. — A l'avant-bras.

Le nerf suit l'axe de l'avant-bras. En sortant de la boutonnière du rond pronateur, il s'engage sous l'*arcade fibreuse cubito-radiale du F. C. S.*, l'artère cubitale oblique en bas, et en dedans est en dedans de lui.

Dans les deux tiers supérieurs de l'avant-bras, le médian chemine dans *la gaine du F. C. S.* entièrement charnu. Par sa face profonde, il répond à l'interstice qui sépare le *F. C. P.* du *F. propre du pouce*. Le tronc des interosseuses descend dans la gaine du F. C. P. avec l'artère cubitale, et donne l'*artère du nerf médian* qui va accompagner le nerf jusqu'au poignet, ne lui donant que de fins rameaux, ses principales branches étant musculaires.

Au tiers inférieur de l'avant-bras, l'apparition des *tendons du F. C. S.* va modifier les rapports (Braine) : deux couches de tendons, une superficielle : tendons des troisième et quatrième doigts, une profonde : tendons du deuxième et du cinquième doigts.

Le tendon de l'index est le véritable satellite du médian qui lui est d'abord postérieur, puis externe, et le surcroise pour se trouver finalement entre les tendons des deuxième et troisième doigts, répondant superficiellement à l'interstice qui sépare les tendons des grand et petit palmaires.

On note parfois un dédoublement du médian à l'avant-bras.

V. — Dans le canal carpien.

Le nerf est un peu en dehors de l'axe du poignet : il repose toujours en arrière sur le *tendon de l'index* du F. C. S., ayant sur son bord externe le tendon du fléchisseur propre du pouce, sur son bord interne le tendon du médius. Il est dans l'interstice séparant les *deux synoviales digito carpienne* externe et digito carpienne interne.

A la partie inférieure du canal carpien, le médian se divise en ses branches terminales, mais au cours de son trajet il a déjà donné de nombreuses branches collatérales.

(*A suivre.*)

M.-H. Servelle.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N[os] 61-62. — 29 JUILLET-2 AOUT 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de Médecine. — Sont déclarées vacantes :

La chaire de clinique chirurgicale Saint-Antoine de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Grégoire).

La chaire de clinique chirurgicale Vaugirard de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Duval).

La chaire de clinique cardiologique de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Laubry).

La chaire de clinique obstétricale Tarnier de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Jeannin).

La chaire de clinique chirurgicale infantile de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Ombrédanne).

(*J. O.*, 22 juillet 1941.)

La chaire de médecine légale de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Balthazard).

La chaire de pathologie chirurgicale de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire M. Mondor).

(*J. O.*, 24 juillet 1941).

La chaire de clinique médicale infantile et puériculture de la Faculté de Médecine de l'Université de Toulouse (dernier titulaire Mlle Condat).

La chaire d'histoire naturelle de la Faculté de Médecine de l'Université de Toulouse (dernier titulaire M. Martin-Sans).

La chaire d'anatomie médico-chirurgicale de la Faculté de Médecine de l'Université de Toulouse (dernier titulaire M. Dieulafé).

Un délai de vingt jours, à dater de la publication de ces arrêtés est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

(*J. O.*, 22 juillet 1941.)

Secrétariat général à la Santé. — INSPECTION MÉDICALE DE LA SANTÉ. — Mme le Dr Favier est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Aveyron.

M. le Dr Mallet, médecin du service sanitaire maritime à Saint-Nazaire, est nommé médecin inspecteur de la santé de l'Aube, en remplacement de M. le Dr Porte, non installé.

M. le Dr Gelly, inspecteur départemental d'hygiène de la Meuse, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 1er mai 1941.

M. le Dr Polge, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Meuse, est nommé médecin inspecteur de la santé de ce département, en remplacement de M. le Dr Gelly, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Jehanin, médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Orne, est nommé médecin inspecteur de la santé de la Manche, en remplacement de M. le Dr Romain non installé.

M. le Dr Levi, médecin inspecteur de la santé du Loiret, est affecté, en la même qualité, dans le département de la Haute-Garonne.

M. le Dr Le Bohec est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé de la Seine-Inférieure.

M. le Dr Bigonnet est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé du Var.

M. le Dr Serane, médecin inspecteur de la santé du Puy-de-Dôme est placé dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940 à compter du 1er juillet 1941.

M. le Dr Roussel, médecin inspecteur de la santé du Cher, est nommé médecin inspecteur de la santé du Puy-de-Dôme, en remplacement de M. le Dr Serane, placé dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940.

Par arrêté, en date du 21 juin 1941, l'arrêté du 20 mai 1941, nommant M. le Dr Carpentier médecin inspecteur adjoint de la Haute-Saône, est rapporté. (*J. O.*, 9 juillet 1941.)

M. le Dr Coulon, médecin inspecteur de la santé de la Corse, est chargé, à titre provisoire, et sur l'étendue du territoire de ce département, des attributions conférées aux directeurs régionaux de la famille et de la santé. (*J. O.*, 13 juillet 1941.)

Mme le Dr Giorgi-Eragne est reclassée en qualité de médecin inspecteur adjoint de la Santé, à compter du 1er octobre 1940, à la deuxième classe du grade, et mise en disponibilité sur sa demande, à compter de la même date. (*J. O.*, 21 juillet 1941.)

Comité consultatif de la Famille française. — Ont été désignés : comme membre de droit, représentant du chef de l'Etat, M. le médecin commandant Sautriau ; comme membres choisis en raison de leur compétence, MM. le Dr Louis Bazy, de la Croix-Rouge Française, le prof. Boudet, vice-président du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins, le Dr Monsaingeon, représentant des familles au comité budgétaire, le Dr Paul Robert, membre du comité directeur de la Fédération régionale « Alpes-Cévennes » des familles nombreuses.

M. le Dr Monsaingeon a été nommé membre de la section permanente du comité consultatif. (*J. O.*, 19 juillet 1941.)

Nécrologie

Le Dr Laurent Gravier, médecin des hôpitaux de Lyon, membre du comité de rédaction du *Lyon Médical*, décédé à l'âge de 55 ans, à Lyon.

— Le Dr B.-A. Bels, à Bailleul.

— Le médecin auxiliaire André Eloy, externe des hôpitaux de Lille, décédé accidentellement, en captivité, à Laval, le 20 juin 1941.

— Le Dr Richerolles, de Cosne-d'Allier (Allier), ancien interne des hôpitaux de Paris (1891), ancien médecin-chef de l'hôpital civil de Montluçon.

— Le Dr Jean d'Halluin (de Lallaing).

— Le Dr Edmond Tourgis (à Choques).

— Le Dr B.-A. Bels (à Bailleul).

Le Dr Yves Loisance et ses filles, Anne et Elisabeth, ont la douleur de faire part de la mort de Mme Yves Loisance, née Le Meur, décédée à Rennes, le 15 juillet 1941, dans sa trentième année.

Renseignements

Poste de chirurgie générale reprendre après décès. S'adresser à Mme Pouchet, 11, rue de la République, Orléans.

Ordre des Médecins de la Seine

Communiqués

Les bureaux du Conseil de l'Ordre des Médecins du Département de la Seine sont transférés, dès maintenant, *242, boulevard Saint-Germain, Paris* (7e). Téléphone : Littré 59-27. Le service des certificats médicaux de cure thermale reste toujours *28, rue Serpente.*

A la suite des dernières décisions, seuls recevront avis favorable les certificats justifiant que les malades ne peuvent trouver en zone occupée les soins nécessaires à leur état.

— Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine est heureux de faire connaître la généreuse initiative du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Deux-Sèvres, auquel il exprime sa vive reconnaissance.

Un certain nombre de médecins des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Vienne, s'offrent à recevoir chez eux, pendant un à deux mois, au cours de cet été, soit à titre onéreux, soit gratuitement, des enfants (de 5 à 15 ans) de médecins du département de la Seine.

Ceux de nos confrères qui voudraient profiter de ce beau geste de solidarité, sont priés de s'adresser aussitôt que possible au secrétariat de l'Ordre des Médecins de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (7e).

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

Liste des citations du corps de santé homologuées après revision

(*extraites du* Journal Officiel, *1er juin 1941 et suivants*) (1)

[Voir *Gaz. Hôp.*, nos 51-52 et suivants]

Abréviations. — A : Ordre de l'armée ; CA : Ordre du corps d'armée ; D : Ordre de la division ; B : Ordre de la brigade ; R : Ordre du régiment.

Cavalerie

64e G. R. D. — Méd.-aux. Ollivier, R ; dent.-s.-lieut. Huichard, R.

68e G. R. D. — Méd.-s.lieut. Lecomte, R.

75e G. R. D. — Méd.-lieut. Malaterre, R.

77e G. R. D. — Méd.-lieut. Bernard (Paul), R, CA.

82 G. R. D. — Méd.-s.-lieut. Barnier, A.

93e G. R. D. — Méd.-lieut. Laroche, D.

94e G. R. D. — Dent.-lieut. Levesque, R.

2e G. R. C. A. — Méd.-lieut. Fradin, B.

6e G. R. C. A. — Méd.-aux. Beaudoin, D.

9e G. R. C. A. — Méd.-lieut. Kaplan (Sacha), R ; méd.-cap. Normand, CA.

18e G. R. C. A. — Méd.-lieut. Ombras, D.

25e G. R. C. A. — Méd.-lieut. Weill (Jean), R ; dent.-s.-lieut. Corbet, R.

1er R. cuirassiers. — Méd.-aux. Prunet, B ; méd.-lieut. Dulong-Courty, D ; méd.-cap. Basset, D ; dent.-aux. Chapard, D.

2e R. Cuir. — Méd.-aux. Roy (Jean), CA ; méd.-sous-lieut. Comte, CA. (*J. O.*, 3 juillet 1941.)

4e R. Cuir. — Méd.-lieut. Bouniol, D, CA.

5e R. Cuir. — Dent.-s.-lieut. Thouault, R.

6e R. Cuir. — Dent.-aux. Tkatchoff, D ; méd.-cap. Thiry, D.

10e R. Cuir. — Méd.-lieut. Le Chevallier, R ; dent.-aux. Guinchard, R ; pharm.-aux. Brandel, R ; méd.-comm. Houssin, D.

12e R. Cuir. — Méd.-aux. Mettey, D ; méd.-cap. Rupplf, D ; méd.-lieut. Estève, R ; méd.-lieut. Lasterade de Chavigny, R.

1er R. Dragons portés. — Méd.-aux. Chabaud, D ; méd.-lieut. Raunaud, A.

2e R. D. P. — Méd.-aux. Pouchol, D ; méd.-cap. Bonnet, B ; méd.-lieut. Vangermée, CA.

4e R. D. P. — Méd.-lieut. Monnin, R ; méd.-aux. Daneil, R ; dent.-aux. Zandh, R ; méd.-s.-lieut. Rudaux, R ; méd.-aux. Mairesse, R ; méd.-s.-lieut. Bonin, R.

5e R. D. P. — Méd.-cap. Marchetti, A.

8e R. D. P. — Méd.-lieut. Adam, R ; méd.-cap. Bertrand, D.

11e R. D. P. — Méd.-lieut. Antomarchi, R ; méd.-aux. Giraud, R ; méd.-lieut. Merle, R ; méd.-lieut. Monvoisin, R ; dent.-aux. Leblanc-Dechoisay, R ; méd.-s.-lieut. Trompeter, D.

(*A suivre.*) (*J. O.*, 4 juillet 1941.)

(1) Ces listes seront complétées au fur et à mesure des homologations qui, pour certains corps, ne sont pas terminées, notamment en ce qui concerne les prisonniers.

Erratum. — Quelques omissions ayant été commises dans nos précédentes listes nous les réparons aujourd'hui en priant les intéressés de bien vouloir nous excuser.

4e R. zouaves. — Méd.-cap. Bianchi, R.

13e R. tirailleurs algériens. — Méd.-cap. Jean, CA.

18e R. T. Alg. — Méd.-chef Goeau-Brissonnière, A.

20e R. T. Tun. — Méd.-lieut. Garlonde, R. (*J. O.*, 20 juin 1941.)

96e Bat. alp. fort. — Méd.-lieut. Raybaudi, R.

179e Bat. alp. fort. — Méd.-cap. Grégoire, R. (*J. O.*, 23 juin 1941.)

48e bat. chass. — Méd.-lieut. Milhavet, D. (*J. O.*, 24 juin 1941.)

414e rég. pionniers. — Méd.-comm. Carbillet, B.

23e rég. march. vol. étrangers. — Méd.-lieut. Santucci, CA ; méd.-s.-lieut. Lonson, CA.

56e bat. mitraill. motor. — Méd.-cap. Laur, CA. (*J. O.*, 26 juin 1941.)

53e R. I. mixte sénégalais. — Méd.-s.-lieut. Puech-Guiral, CA. (*J. O.*, 30 juin 1941.)

12e G. R. D. — Méd.-lieut. Grinfeder, B.

28e G. R. D. — Méd.-lieut. Martrou, CA. (*J. O.*, 1er juillet 1941.)

REVUE GENERALE

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

Par J. Chevé

Assistant à l'Institut Pasteur

Le typhus exanthématique est une maladie infectieuse endémo-épidémique, due à un micro organisme : Rickettsia Prowazeki. Il en existe deux formes distinctes, l'une transmise par le pou, et dont l'homme est le seul réservoir connu : c'est le typhus connu depuis la plus haute antiquité, pour lequel Ch. Nicolle a proposé le nom de typhus historique ; l'autre est une affection du rat transmise par les puces : c'est le typhus murin.

Historique. — Le typhus exanthématique existe depuis l'antiquité la plus reculée, il fut longtemps confondu avec la peste, et, d'après Ch. Nicolle, il semble que certaines épidémies comme la peste dite de Thucydide (430 av. J.-C.) aient été en réalité des épidémies typhiques. En 1546, Fracastor en donne la première description clinique exacte, il l'appelle « Morbus lenticularis ». En 1760, Boissier de Saussage propose le nom de typhus exanthématique, qui est ensuite adopté par Murchison. Au XIXe siècle le typhus fit des ravages importants dans l'armée française lors de la retraite de Napoléon en 1812. Plus près de nous, la guerre balkanique de 1912 et la guerre 1914-18 furent marquées par des épidémies meurtrières de typhus. Bien que l'affection puisse, comme le pou, rencontrer sur la surface entière du globe, elle reste généralement localisée à l'Europe Orientale, l'Afrique du Nord, la Perse, le Thibet et la Chine.

Agent causal. — Il s'agit d'un micro organisme ayant l'aspect d'un très petit cocco-bacille long de o μ 2 à o μ 3, décrit pour la première fois par Ricketts et Wilder en 1910, et retrouvé trois ans plus tard par Prowazek. En 1916 Da Rocha Lima démontre que les poux nourris sur les typhiques ont un épithélium intestinal bourré de ces éléments, pour lesquels il propose le nom de : « Rickettsia Prowazeki ».

Les Rickettsia se colorent difficilement, sauf par le Giemsa, ou par des techniques spéciales. Elles ne poussent pas sur les milieux usuels, mais seulement en présence de cellules vivantes.

Agent vecteur. — Nicolle et ses collaborateurs démontrèrent, en 1910, que c'était le pou : *Pediculus capitis* et *P. vestimenti*. Il est infecté par le sang des typhiques. Ce sang est contagieux deux jours avant l'apparition des signes cliniques, il le demeure jusqu'au lendemain de la défervescence. Le pou devient contagieux pour l'homme huit à neuf jours après le repas infectant, il le reste jusqu'à sa mort douze à vingt jours plus tard. La maladie n'est pas héréditaire. Il s'agit essentiellement d'une infection de l'épithélium intestinal. Les cellules qui sont bourrées de Rickettsia éclatent, et la lumière intestinale est alors remplie de germes pathogènes, qui vont être disséminés par les déjections. Les glandes salivaires ne contiennent jamais de Rickettsia, la piqûre du pou n'est donc pas infectante, mais elle peut servir de porte d'entrée, comme toute autre éraillure des téguments. La contamination se fait par les crottes de pou chargées de virus (Ch. Nicolle, Conseil, Comte). Classiquement, les Rickettsia meurent très vite en dehors de l'organisme. En fait, elles peuvent conserver leur virulence assez longtemps lorsqu'elles sont enrobées dans les déjections du pou. Eventuellement, la contamination peut se faire par les muqueuses (conjonctive, contamination de laboratoire). Bien qu'on ait pu infecter expérimentalement la puce par inoculation intra-rectale (Nicolle et Giroud) le pou est le seul agent vecteur du typhus historique, comme l'homme en est le seul réservoir connu actuellement.

Mécanisme de l'infection. — Les Rickettsia se développent chez l'homme dans les cellules endothéliales vasculaires au point d'inoculation, pendant la période d'incubation. Puis ces cellules éclatent, provoquant une diffusion des germes dans le sang qui devient virulent, et dans les endothélia vasculaires. Le cerveau et les capsules surrénales sont les organes les plus virulents. Une semaine après le début clinique de la maladie, il devient difficile de mettre en évidence la virulence du sang, à cause des immunisines qui commencent à apparaître ; il est nécessaire de laisser coaguler le sang pour séparer le sérum, puis on broie le caillot qu'on inocule au cobaye.

Causes favorisantes. — Ce sont la malpropreté, qui favorise la pédiculose, et la famine qui diminue la résistance des sujets. L'encombrement des locaux d'habitation, les migrations de populations sont également des causes adjuvantes. L'influence des saisons est très nette. Les grandes épidémies éclatent en hiver lors des grands froids.

Clinique. — Nous prendrons comme type la forme d'intensité moyenne du typhus épidémique. La maladie évolue en trois stades successifs d'une durée à peu près égale : une incubation silencieuse de 12 à 14 jours, une période d'état de deux semaines qui a été précédée d'une invasion de trois jours, et une convalescence de 15 jours environ. Bien que les deux semaines d'incubation soient silencieuses, il n'est pas rare que, dans les derniers jours, le sujet éprouve une sensation de malaise et de lassitude accompagnée de céphalée légère, tous signes banaux qui n'attirent pas l'attention.

Le véritable début de la maladie est extrêmement brutal. Le malade est pris d'un frisson violent, en même temps que la température s'élève rapidement. Il se plaint de courbature généralisée, et d'une céphalée frontale vive, tenace, pénible, avec parfois des vertiges. Pendant trois jours, les signes généraux et fonctionnels s'aggravent progressivement. Au quatrième jour apparaît une éruption, le malade est en pleine période d'état avec des signes généraux graves, une éruption et des signes nerveux.

Le visage est congestionné, les yeux larmoient, et les conjonctives sont injectées. La bouche est desséchée, les lèvres sont fuligineuses, la langue d'abord blanche, devient jaunâtre et se dessèche, elle présente des secousses fibrillaires, le malade arrive difficilement à la tirer en avant des arcades dentaires. La soif est ardente, elle s'accompagne parfois d'un état nauséeux. La température est à 40° et va s'y maintenir en plateau, pendant 15 jours. Le pouls est rapide, sans dicrotisme. Il est plus rapide que dans la typhoïde. Pendant les premiers jours il est encore assez bien frappé. Sa surveillance matin et soir formera un des éléments essentiels du pronostic avec la tension artérielle. La respiration est rapide, souvent il y a une gêne respiratoire, avec petite toux sèche ; il s'agit alors d'une dyspnée sine materia comme le prouve l'auscultation. L'abdomen est rétracté, à l'inverse de ce qu'on observe dans la typhoïde, l'épigastre est douloureux profondément.

Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. La constipation est habituelle. Les urines sont rares, très teintées, albumineuses. C'est entre le 4e et le 7e jour que sort l'éruption.

Cette éruption se fait en une seule poussée : d'abord sur les côtés de l'abdomen, puis aux plis de flexion, elle s'étend ensuite, mais elle respecte le cou, la face, la paume des mains et la plante des pieds. Ce n'est qu'en découvrant le malade qu'on la voit. Elle se présente sous deux aspects successifs : au début, ce sont des papules arrondies, qui rappellent les taches rosées de la typhoïde, elles sont roses, s'effacent à la pression, puis leur teinte fonce rapidement, elles ne s'effacent plus à la pression, elles deviennent pétéchiales, en même temps qu'irrégulières, profondes, sous épidermiques, certaines sont larges dépassant deux centimètres de diamètre, et les téguments prennent un aspect marbré. Il y a une tendance hémorragique généralisée, liée à la friabilité des petits vaisseaux sous-cutanés, qui entraîne la formation d'ecchymoses et d'escharres aux points de pression. Les symptômes nerveux deviennent prépondérants. Les vertiges et la céphalée sont permanents,

le typhique est prostré, dans un état de torpeur voisin du coma, mais il répond par monosyllabes. L'insomnie est totale, accompagnée de rêves pénibles et douloureux. Le délire augmente progressivement, du 4e au 8e jour il prend une forme violente avec tendance aux fugues et même au suicide. Ces signes d'encéphalite diffuse s'accompagnent de soubressauts musculaires et de fibrillation de la langue. A ce moment la ponction lombaire ramène un liquide clair, hypertendu, parfois xanthochromique. L'examen cytologique montre une leucocytose modérée : six à soixante éléments à prédominance de mononucléaires. Le taux d'albumine augmente. On a récemment cherché à utiliser ces résultats pour le pronostic, comme on l'avait déjà fait pour l'examen hématologique. Celui-ci montre une hyperleucocytose variable ; lorsqu'elle dépasse vingt mille éléments le pronostic est réservé. Habituellement il y a mononucléose, en cas de complication septique, elle est remplacée par la polynucléose.

Pendant le deuxième septennaire, tous les signes augmentent d'intensité : le malade arrive à la période la plus grave de l'affection. La température est en plateau à 40° ou plus. L'éruption commence à diminuer, la peau est sèche, rugueuse, brûlante, désagréable au toucher. Le typhique est dans un délire calme, les yeux ouverts mais éteints, ou fermés, il marmotte continuellement, d'une manière inarticulée. Les muscles sont agités de soubressauts continus. Le pouls est misérable, petit, mais rapide, les bruits du cœur sont assourdis ; la tension artérielle est basse. Les bases pulmonaires sont congestionnées. Les urines sont encore diminuées, il y a parfois incontinence, ou même rétention. Le malade est en pleine période critique au 15e jour. La myocardite est toujours très marquée, elle peut entrainer la mort. Cette menace va persister même pendant la convalescence. L'oligurie peut faire place à l'anurie avec hyperazotémie progressive, et la mort peut survenir par blocage rénal. Mais le plus souvent, alors que le malade est dans un état désespéré, on note au 15e jour une amélioration brusque. Le pouls se ralentit tout en restant très faible, et la température tombe, généralement brusquement. On assiste alors à une crise comparable à celle de la pneumonie franche. Après une crise sudorale abondante, le typhique s'endort paisiblement. A son réveil il éprouve une sensation de bien être extrêmement vive, la céphalée a disparu, ainsi que les rêves douloureux, qui font place à un retour à la conscience très net. Bien que le malade soit encore incapable d'un effort cérébral il a la sensation d'être arrivé au terme de sa maladie. Très vite la faim apparaît, la langue se dépouille, tandis que la peau devient moite. La température tombe à 36° ou plus bas, le pouls se ralentit encore, et son amplitude s'améliore. La somnolence persiste encore pendant quelques jours, l'asthénie ne disparaît que lentement, et il faut encore deux semaines à partir de la crise pour que le malade puisse se lever.

Complications. — Elles peuvent survenir pendant la période d'état ou pendant la convalescence. L'atteinte myocardique qui ne manque jamais peut devenir profonde, et entrainer une défaillance cardiaque fatale. Pendant la période fébrile, l'asthénie intense favorise les complications suppurées. L'otite catarrhale ou suppurée, simple ou bilatérale est assez fréquente, elle guérit généralement bien. La parotidite est plus rare, mais plus grave. Elle survient vers la fin du deuxième septennaire. C'est une suppuration qui commence profondément. Le malade est alors si prostré que pendant les premiers jours on ne s'en aperçoit pas. Il se produit un œdème périglandulaire, il faut inciser le plus précocement possible. Au niveau de la bouche malgré des soins quotidiens on n'évite pas toujours des phénomènes infectieux, la laryngite est fréquente, plus ou moins intense, pouvant aller jusqu'à l'ulcération des cordes vocales. Parfois on observe de l'œdème de la glotte, qui peut être mortel. Au niveau des poumons la congestion des bases peut faire place à une broncho-pneumonie à foyers multiples, avec parfois épanchement pleural. Enfin, on peut voir des suppurations diverses adéno phlegmon, arthrite suppurée, périostite suppurée.

Plus tard pendant la convalescence, la myocardite peut encore être la cause de mort, surtout chez des sujets déjà déficients avant la maladie. Mais ce sont surtout les gangrènes qui assombrissent le pronostic. Elles débutent en général pendant la première semaine d'apyrexie. Il ne faut pas les confondre au début avec la cyanose des extrémités si fréquente pendant la phase fébrile. C'est une gangrène sèche qui s'étend toujours sur un territoire important, pouvant prendre tout un membre. Elle entraîne l'amputation. Dans les cas où elle est moins marquée, elle peut être à l'origine d'artérites chroniques. On peut voir des troubles oculaires : conjonctivites, quelquefois paralysie de la troisième paire. Quelquefois également on observe des hémiplégies.

Les formes cliniques du typhus exanthématique sont nombreuses. Suivant les symptômes on peut voir des formes à prédominance de signes nerveux ou cardiaques, des formes rénales, quelquefois des formes hématuriques avec diurèse conservée, et sans hyperazotémie. Suivant la gravité on distingue, à côté de la forme moyenne que nous avons décrite, des formes sidérantes hypertoxiques, où les signes nerveux dominent et entraînent la mort ; des formes légères où la prostration n'est jamais très marquée, il n'y a pas d'agitation, l'exanthème disparaît très vite, et la convalescence est brève. Chez l'enfant, le typhus est généralement très bénin, il s'agit souvent de formes abortives, dont le diagnostic n'est pas fait, et qui, avec les formes inapparentes, seraient, d'après Ch. Nicolle, les cas les plus susceptibles de propager les épidémies, parce que méconnues. Chez la femme enceinte le typhus entraîne fatalement l'avortement.

Anatomie pathologique. — Les lésions consistent essentiellement en une endothéliite vasculaire des capillaires, des veinules et des artérioles avec thrombose. Autour des vaisseaux on voit des nodules périvasculaires formés par les cellules de l'adventice et du tissu périadventitiel. Les leucocytes sont groupés en manchons. Ces lésions se développent vers le 7e jour et deviennent typiques vers le 10e jour. Elles siègent au niveau de la peau où elles forment les nodules de Fraenkel. Dans l'encéphale on retrouve des lésions d'endo et de péri-vascularite identiques avec manchons périvasculaires, des nodules typhiques avec, au centre, un foyer de neuronophagie et des amas périphériques de lymphocytes et de cellules névrogliques. Ces lésions siègent surtout au niveau du bulbe, du plancher du quatrième ventricule, du noyau de l'auditif et du lobe frontal et paracentral. Le myocarde présente des lésions analogues, parfois même il y a des altérations nécrotiques de la fibre cardiaque.

Typhus murin. — A côté du typhus historique que nous venons de voir on observe également une autre forme assez différente : le typhus murin. C'est une affection endémique bénigne qui semble répandue dans le monde entier. L'agent infectieux est la Rickettsia, mais le réservoir est le rat. Les puces sont les agents vecteurs, en particulier *Xenopsyllia Cheopis*. Le pou ne semble jouer aucun rôle. Comme les urines du rat sont infectieuses, la maladie peut être transmise sans insecte vecteur. Du point de vue clinique, l'incubation est de 10 à 20 jours. Le début est brutal, la fièvre est élevée, mais ne dure que 8 à 12 jours, et descend rapidement. Elle est irrégulière et le pouls suit ses variations. La céphalée violente au début diminue d'intensité, elle ne s'accompagne pas d'un abattement très marqué. Au cinquième jour apparaît une éruption d'éléments papuleux, lenticulaires plus ou moins généralisée, qui atteint la paume des mains et des pieds. Cette éruption n'a pas de tendance pétéchiale, elle dure moins longtemps que dans le typhus historique. Les signes cardiaques ne sont jamais accentués. En somme il s'agit d'une affection moins sévère que dans la forme historique, elle n'entraîne jamais la mort, et la convalescence est courte.

Diagnostic. — Le diagnostic positif est basé sur le début brutal, l'abattement, l'éruption, l'absence de splénomégalie, et l'hémoculture négative. En cas d'épidémie, le diagnostic est facilité par la notion des cas précédents. Le

laboratoire met à la disposition du clinicien une méthode facile d'une grosse valeur : la réaction de Weill Félix. Bien qu'elle ne soit pas spécifique, et qu'elle ne soit positive que dans 94 % environ des cas elle est néanmoins d'une réelle valeur. Elle est basée sur la propriété que possède le sérum sanguin des typhiques d'agglutiner certaines variétés de souches de B. Proteus, en particulier les souches o X 19 et o X 2. Cette agglutination peut devenir positive dès le 5e-6e jour de la maladie. Pour qu'elle soit valable, elle doit être à un taux supérieur à 1/100e. Elle atteint souvent 1/10.000e et parfois 1/50.000e dans le typhus historique. Dans le typhus murin elle atteint en général 1/1000e. Lorsqu'il y a un laboratoire spécialisé, il peut faire l'inoculation au cobaye qui permet de faire le diagnostic de la variété historique ou murine de typhus. Le virus historique provoque seulement une maladie fébrile du cobaye, tandis que le virus murin provoque, outre la fièvre, une réaction scrotale marquée. A l'autopsie, la vaginale est bourrée de Rickettsia. On peut encore faire l'agglutination des Rickettsia qui a, sur la réaction de Weill Félix, l'avantage d'être spécifique. Enfin, on peut titrer les anticorps du sérum en le mélangeant avec des suspensions de Rickettsia. Le mélange est injecté dans le derme du lapin au bout d'un certain temps (Giroud). On observe l'intensité de la réaction en comparant avec des injections faites avec des Rickettsies et un sérum témoin.

Le diagnostic différentiel est difficile en dehors des périodes épidémiques. Il faut d'abord éliminer le paludisme, tout au moins pendant la phase d'invasion, et rechercher les hématozoaires. La fièvre récurrente au début a une évolution analogue à celle du typhus, mais le foie et la rate sont hypertrophiés et douloureux. Ultérieurement, la courbe thermique oriente le diagnostic, qui est confirmé par la présence de spirochètes dans le sang. La fièvre typhoïde a un début plus lent, il y a des signes abdominaux : gargouillement, splénomégalie, dissociation du pouls et de la température. Ultérieurement, l'hémoculture puis le séro diagnostic confirment l'identification. La rougeole donne une éruption qui commence par la face, d'autre part le syndrome nerveux n'est jamais aussi marqué que dans le typhus. La méningite cérébro-spinale donne une raideur de la nuque plus intense, les vomissements sont plus violents. La ponction lombaire en ramenant un liquide trouble ou purulent lève les doutes, et l'examen microscopique avec la culture affirme le diagnostic.

En Europe, le diagnostic ne se pose guère avec d'autres fièvres exanthématiques. La fièvre des montagnes rocheuses, la maladie de Brill ne se voient qu'aux Etats-Unis. Une seule peut prêter à discussion : la fièvre boutonneuse qui sévit dans le bassin méditerranéen. Mais les signes généraux sont moins marqués, l'éruption est plus saillante, ne respecte pas la face et le cou. Enfin, en cherchant, on trouve la trace de la piqûre de tique, qui donne un point brun noirâtre appelé la tache noire.

Traitement. — Il faudra soutenir le cœur avec la digitaline, l'ouabaïne. La bouche et le rhino pharynx seront soigneusement désinfectés.

On veillera attentivement à éviter la formation d'escharre. Le régime sera composé d'aliments liquides, jusqu'à la convalescence, dès que la fièvre sera tombée il faut alimenter le malade qui est très asthénique. Le sérum de convalescent injecté à grosses doses donne de bons résultats, il diminue l'état de prostration, et a une action favorable sur l'évolution générale. Il existe aussi du sérum de cheval (Nicolle et Blaizot), dont l'action est analogue à celle du sérum de convalescent.

Prophylaxie. — Le typhus exanthématique est une maladie à déclaration et à désinfection obligatoire. Le premier soin consiste en l'isolement stricte du malade et à l'épouillage. Ensuite, il faut épouiller toutes les personnes qui ont été en contact avec lui. Le personnel soignant doit être vacciné ou choisi parmi des anciens typhiques. En cas d'épidémie, il est nécessaire d'organiser des centres d'épouillage comportant une salle de déshabillage, une salle de coiffure suivie d'une salle de douche, et enfin une salle de rhabillage où les sujets reçoivent des vêtements passés à l'étuve.

La vaccination peut être effectuée avec du vaccin tué type Weigl préparé avec des intestins de poux infectés. Les intestins sont broyés et phéniqués. Le vaccin de Durand et Giroud constitué par une suspension formolée de poumon de souris infectées par voie respiratoire. Récemment, les mêmes auteurs ont préparé un vaccin analogue avec du poumon de lapin qui offre l'avantage de faire facilement de grosses quantités de vaccin. Ces vaccins sont inoculés par voie sous-cutanée, ils ne donnent pas de réaction générale. On a également essayé des vaccins ou le virus typhique est vivant. Blanc utilise les déjections de puces infectées par du typhus murin. Laigret utilise du virus murin provenant de cerveau de rat infecté. Le cerveau est broyé, desséché et enrobé dans du jaune d'œuf. Il est conservé à —10°, et pour l'emploi on le dilue dans de l'eau physiologique stérile.

Les résultats obtenus par ces différentes vaccinations sont encourageants, elles n'exposent à aucun danger. Associées à la destruction systématique des poux, elles permettent d'espérer la disparition des grandes épidémies.

REFERENCES

Ch. Nicolle et Conseil. Typhus exanthématique, in *Traité de Médecine*, Roger, Widal et Teissier.
Ch. Nicolle, Conseil et Connor. *C. R. Acad. Scienc.*, 1910, 150, p. 1772 et 151, p. 258.
Ch. Nicolle, Conseil et Connor. *C. R. Acad. Scienc.*, 1911, 152, p. 1632.
Weill et Felix. *Wien. Klin. Woch.*, 1917, 30, 1509.
Marcandier et Bideau. *Rev. Hyg.*, 1930, 52, p. 353.
Giroud. *Arch. Inst. Past. Tunis*, 1936, 25, p. 313.
Blanc. *Rev. Hyg.*, 1936, 58, 252.
Giroud. *C. R. Soc. Biol.*, 1936, 122, p. 1071 et 1938, 128, p. 590.
Laigret, Durand, Belfort et Lefaucheux. *Arch. Inst. Past. Tunis* 1937, 26, n° 3.
Dujarric de la Rivière. Prophylaxie des maladies contagieuses, *Monog. Inst. Past.*, 1940.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 16 juin 1941

Nouvelles méthode pour la numération des globules rouges du sang. — M. Radu Vladesco.

Action sécrétrice de l'adrénaline sur l'estomac. Longue durée du temps de latence. Hypothèse sur le mécanisme de cette action. — M. Jean-Louis Parrot.

Séance du 23 juin 1941

Diminution artificielle de la radio-sensibilité de la peau et des muqueuses en röntgenthérapie. — M. Pierre Lehmann.

Séance du 30 juin 1941

Sur la diffusion du vanadium chez les végétaux. — M. Didier Bertrand.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 29 juillet 1941

Rapport de la Commission des Produits de remplacement. — M. Tanon présente un rapport portant sur une demande d'addition d'anhydride sulfureux ou d'acide benzoïque aux confitures.

La commission considérant que celles-ci se trouvent stérilisées du fait même que pour être bien faites elles doivent être portées à une température élevée, juge inutile d'autoriser cette addition et propose à l'Académie de donner un avis défavorable.

Déficit en calcium de la ration alimentaire actuelle. — Mme Lucie Randoin et M. Charles Richet présentent un rapport au nom de la Commission du Rationnement alimentaire. Tout d'abord, ils montrent que les aliments soumis à la restriction (carte J3), n'apportent qu'une quantité insuffisante de chaux (o gr. 18 de calcium par jour, quantité de 6 à 7 fois trop faible). Ils notent que ces besoins sont particulièrement impérieux chez l'adolescent : de 1 gr. 20 à 1 gr. 40 par jour.

Puis, ils insistent sur le fait que le rapport calcium/phosphore se trouve très au-dessous de la normale : 0,34 au lieu de 0,9-0,8.

Pour corriger et rééquilibrer le régime, il faudrait :

1° Fournir chaque jour aux adolescents et jeunes gens une forte proportion de produits non rationnés très riches en calcium, choisis parmi les suivants : *fromage maigre, figue, amande, noisette, cresson, haricot sec, jaune d'œuf, lait écrémé, olive, raifort, pissenlit, limande, sole, moule, huître, chocolat, abricot, noix, rutabaga, épinard, datte, navet, citron, pois, chou, poireau*, etc.

2° Ce qui est mieux encore, fournir chaque jour aux adolescents et jeunes gens une forte proportion de produits non rationnés plus riches en calcium qu'en phosphore, de manière à relever la valeur du rapport Ca/P.

Voici, par ordre de richesse décroissante, quelques-uns de ces aliments dont le rapport Ca/P est supérieur ou égal à 1 (1) : *olive* (rapport = 8,7) ; *cresson* (rapport = 4) ; *mandarine* (rapport = 3,4) ; *figue sèche, citron* (rapport = 3) ; *rutabaga, choufleur, orange* (rapport = 2) ; *chou, navet, pissenlit* (rapport = 1,8) ; *carotte, raifort, mûre, framboise, lait écrémé, fromage maigre* (rapport = 1,5-1,4) ; *poireau, fraise, artichaut, datte, radis, céleri-rave, oignon, échalotte, oseille, poire, cerise, melon, groseille* (rapport = 1-1,2).

En résumé, le lait, les fromages, certains fruits, certains légumes verts, certaines racines.

Si ces aliments ne peuvent être fournis en quantité suffisante, — ce qui est malheureusement la règle dans les centres urbains, — on y suppléera par l'adjonction de sels de chaux. La commission insiste, en particulier, sur les préparations minérales dans lesquelles la chaux se trouve sous une forme moins assimilable.

Streptococcie cutanée gangréneuse avec streptococcémie guérie par le 693 F. — MM. H. Gougerot et Tetreau. — Streptococcie cutanée gangréneuse extrêmement grave avec lésions multiples énormes sphacélant les deux jambes presqu'en totalité (ex-érysipèle gangréneux) avec fièvre et état général faisant craindre une issue fatale prochaine ; présence du streptocoque hémolytique à l'hémoculture et à la culture directe des lésions. Guérison inespérée rapide par le 693 F (Dagénan). En pareil cas, les sulfamides ont donc réformé l'ancien pronostic et nous donnent tout espoir.

Etude anatomo-clinique d'un cas de syndrome adiposo-génital avec malformations congénitales. — MM. Laignel-Lavastine et Gallot.

Fluxion des glandes sub-linguales, hémophilie et carence alimentaire. — MM. Lepoutre, Danes et Defaux.

Septicémie mortelle consécutive à une morsure de rat-palmiste. — MM. Peltier, E. Arquie, C. Durieux et H. Jonchère.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juin 1941

Pemphigus subaigu malin. — MM. Nicaud et Le Loch. — Apparition d'une éruption bulleuse chez un homme de 37 ans, après une longue période marquée par une atteinte profonde de l'état général. Le pemphigus terminal se montra vers la 7e semaine et évolua vers la mort en une dizaine de jours. L'éruption bulleuse rappella le syndrome décrit par Brocq sous le nom de Pemphigus subaigu malin. La maladie évolua sans température avec une anémie marquée, toutes les hémocultures étant restées négatives. Il existait une albuminurie de 2 gr. par litre et une azotémie de 2 gr. 40.

Les biopsies ont montré que les bulles se forment par dissociation des cellules du corps muqueux, en même temps que les éléments cellulaires deviennent libres et flottent dans le liquide. On peut en reconnaître la qualité épidermique.

Il n'y eut pas d'éosinophilie, ni de crises douloureuses, ni de véritables récidives, séparées par des périodes d'accalmie, tous caractères qui séparent cette éruption bulleuse de la maladie de Dühring.

Le coma hypoglycémique des Addisoniens. — MM. Etienne Chabrol, Raoul Labbé, Guy Ferrand et Mlle Berton. — Histoire d'une Addisonienne qu'ils ont pu faire sortir pendant plusieurs heures d'un coma profond en lui injectant par voie veineuse du sérum glucosé hypertonique. Cette résurrection ne fut que temporaire ; la malade retomba dans le coma malgré l'emploi de la cortine synthétique. A l'autopsie, on put seulement découvrir une glandule surrénale dont la régression était en accord avec une atrophie scléreuse de la glande thyroïde, des ovaires et de l'hypophyse. Dans le pancréas, les îlots de Langerhans figuraient en assez grand nombre, et bien conservés. Les auteurs estiment qu'il existait chez la malade un déséquilibre dans le système régulateur des hydrate de carbone, qui met en opposition le rôle hypoglycémiant de l'insuline pancréatique et le rôle hyperglycémiant de l'adrénaline, de l'hypophyse et de la thyroïde. Ils s'autorisent de leur observation pour conclure que la triade sucre, adrénaline, extrait hypophysaire doit avoir sa place dans la thérapeutique addisonienne.

Neurinome intra-thoracique solitaire. Cure chirurgicale. — MM. Jean Troisier, Georges Brouet, Olivier Monod et Jean Lacorne. — Observation d'un neurinome intra-thoracique découvert à l'occasion d'un examen systématique. Après trois années, l'augmentation de volume de la tumeur, l'apparition de douleurs, conduisirent à l'exérèse chirurgicale. L'intervention comporta des suites excellentes. Les auteurs soulignent les caractères radiologiques sur lesquels se fonde le diagnostic de ces tumeurs, et discutent les problèmes posés par ces neurinomes dans le cadre de la gliofibromatose de Recklinghausen. Ils concluent à l'intérêt d'extirper chirurgicalement ces tumeurs à un stade précoce.

Oxycarbonémie endogène au cours d'une malformation cardiaque congénitale avec cyanose et polyglobulie. — MM. André Lemaire, E. Gilbrin et M. de Sablet. — Les auteurs ont décelé, au cours d'une malformation cardiaque congénitale avec cyanose et polyglobulie le taux de 5 % d'oxyde de carbone dans le sang. C'est le chiffre le plus élevé qui ait été signalé en cas semblable. L'absence d'hématies nucléées confirme la conception de M. Lœper pour qui la polyglobulie a la signification d'une réaction de défense.

Forme osseuse pure de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — MM. Alajouanine, P. Milliez et J.-P. Martin. — Malade de 20 ans, présentant sur trois doigts de chaque main et sur deux orteils, des déformations rappelant grossièrement le spina ventosa. Plus récemment apparut une déformation de la racine du nez ; à la radio, altérations osseuses avec formations kystiques typiques de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. Pas de lésion cutanée, pulmonaire ou viscérale. Il s'agit donc d'une forme osseuse pure de cette affection qui semble pouvoir rester limitée au tissu osseux.

Adénome de la bronche gauche chez une tuberculeuse. Obstruction bronchique aiguë mortelle. — MM. Troisier, Brouet, Delarue, Monod et Lacorne. — Malade de 28 ans, ayant présenté six épisodes pleuro-pulmonaires de la base gauche, fébriles, indécis. Evolution ensuite d'une tuberculose discrète confirmée par expectoration bacillaire. Survint alors un syndrome clinique et radiologique de condensation de l'hémithorax. La malade mourut au milieu des symptômes d'une toxi-infection suraiguë. A l'autopsie, constatation d'une gangrène pleuro-pulmonaire diffuse avec un adénome à la bifurcation de la bronche souche. Il s'est donc agi d'une obstruction bronchique par une formation tumorale. Histologiquement, il s'est agit d'un adénome. Les auteurs insistent sur le danger de ces tumeurs histologiquement bénignes.

JEAN GAUTRELET

Il y a quinze jours à peine, j'avais vu Gautrelet à l'Académie de Médecine, puis, le lendemain, je l'avais rencontré à la Faculté entrant à son laboratoire. Il était souriant et gai comme à l'habitude et je l'avais félicité pour l'homologation d'une citation de son fils, interne des hôpitaux, que je venais de voir à l'*Officiel*.

Et quelques jours après on apprenait la mort très rapide de cet excellent confrère qui succombait presque en même temps que Rathery.

Jean Gautrelet était né le 18 mai 1878. Tout en faisant ses études médicales, il prépara son doctorat ès sciences naturelles et l'obtint en 1903. En 1904, il passe sa thèse de doctorat en médecine et la même année il est nommé agrégé de physiologie des Facultés de Médecine.

C'est à Bordeaux qu'il fit ses débuts dans l'enseignement comme chargé de cours de physiologie, de 1904 à 1911. Il devint alors directeur du laboratoire de biologie expérimentale à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes et en 1922, chef du laboratoire de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris. En 1929, enfin, il fut envoyé au Canada pour une mission d'enseignement.

Les travaux de Gautrelet ont surtout porté sur la physiologie générale ou comparée. Il y avait été préparé par ses Maîtres : Yves Delage à Roscoff et Langlois, puis Charles Richet à Paris. On lui doit de très intéressantes recherches en physiologie pathologique et en pharmacodynamie et de belles études sur le maintien de l'équilibre dans l'organisme, les réactions et pigmentations du sang, la choline, l'adrénaline, l'équilibre vago-sympathique. Il consacra encore des recherches à l'extrait pancréatique et au diabète expérimental. La régulation thermique et l'excitation neuro-musculaire furent l'objet de remarquables travaux de Gautrelet.

---

(1) Ces chiffres sont extraits des *Tables de composition des Aliments* dans *Vues actuelles sur le Problème de l'Alimentation*, par Mme L. Randoin, 1937. Harmann et Cie, édit., Paris.

L'Académie de Médecine, en 1939, l'accueillit comme membre titulaire dans la section des sciences biologiques.

Gautrelet qui avait déjà fait la guerre de 1914-1918 repartit en 1939 comme médecin lieutenant-colonel. Chef du laboratoire de physiologie du Ministère de l'Air, il rendit, une fois de plus, de très grands services à son pays.

Cet éminent et aimable confrère sera regretté sincèrement par tous ceux qui l'ont connu et qui ont apprécié son haut sentiment du devoir.

Nous prions son fils, interne des hôpitaux de Paris, de trouver ici l'expression de notre sympathie émue.

F. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF MÉDIAN [1]

ANATOMIE-PHYSIOLOGIE

BRANCHES COLLATERALES

1) Au bras, le médian ne donne que quelques *filets pour l'artère humérale* (Valentin), dont un plus important au pli du coude pour la bifurcation ;

2) *Rameaux articulaires* décrits par Rudinger, dont un filet articulaire supérieur se rend à la face antérieure de la capsule articulaire du coude, un filet inférieur pour sa partie interne ;

3) *Nerf supérieur du rond pronateur*, naît au-dessous de l'épitrochlée, aborde la face profonde du muscle après avoir donné quelques filets pour l'articulation du coude ;

4) *Rameaux musculaires :*

a) *Pour la couche superficielle de l'avant-bras*, ces filets se distribuent au chef coronoïdien du *rond pronateur*, au *grand palmaire*, au *petit palmaire*, au *F. C. S.* ;

b) *Pour la couche profonde de l'avant-bras*, le nerf du *fléchisseur propre du pouce* aborde la face antérieure du muscle très haut. Les nerfs du F. C. P. ne se distribuent qu'aux chefs externes, les chefs internes étant innervés par le cubital.

5) *Le nerf interosseux*, véritable branche terminale du tronc commun des muscles de la couche profonde de l'avant-bras. Il passe entre le fléchisseur propre du pouce et le F. C. P., descend au bord externe des vaisseaux interosseux, disparaît sous le carré pronateur et se termine en donnant des filets à l'articulation radio carpienne ;

6) *Le nerf cutané palmaire* naît à quelques centimètres au-dessus du poignet, descend parallèlement au médian et perfore l'aponévrose entre le tendon du grand palmaire et celui du petite palmaire, juste au-dessus du ligament annulaire antérieur. Puis il se divise en deux branches terminales, l'externe se distribue à la peau de l'éminence thénar et s'anastomose avec les filets de la branche antérieure du musculo cutané et du radial (Lejars), l'interne se distribue à la peau des trois quarts externes du creux de la main.

BRANCHES TERMINALES

Elles sont au nombre de six.

1) *Rameau thénarien* se porte immédiatement en dehors et se divise en trois rameaux : un superficiel pour le court abducteur du pouce, deux profonds : un pour l'opposant, l'autre pour le faisceau externe du court fléchisseur du pouce ;

2) *Collatéral palmaire externe du pouce ;*

3) *Collatéral interne du pouce ;*

4) *Collatéral externe de l'index*, qui donne un rameau au premier *lombrical*, puis se divise en collatéral palmaire et dorsal ;

5) *Tronc commun du collatéral interne de l'index et collatéral externe du médius*, chaque branche donnant le collatéral palmaire et dorsal correspondant ;

[1] Suite, voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 59-60.

6) *Tronc commun du collatéral interne du médius et collatéral externe de l'annulaire*, cette dernière branche donnant une *anastomose* avec le *nerf cubital*.

ANASTOMOSES

Au cours de son trajet, le nerf médian s'anastomose :

1) *Avec le musculo cutané*, à la partie moyenne du bras, elle va du musculo cutané au médian, obliquement en bas et en dedans. Ce seraient des fibres du médian empruntant pendant un certain temps le trajet du musculo cutané ;

2) *Avec le cubital* :

— à la partie supérieure de l'avant-bras ;

— anastomose palmaire superficielle ;

— anastomose palmaire profonde de Carrieu et Riche ;

3) *Avec le brachial cutané interne*, par l'intermédiaire du palmaire cutané ;

4) *Avec le nerf radial*, au niveau de l'éminence thénar.

H. Servelle.

(*A suivre.*)

LIVRES NOUVEAUX

Hormones et Hormonothérapie, par le Dr Louis Moinson. (*Collection des Petits Précis*). Un volume, 20 francs Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Ce précis de 113 pages est une mise au point très claire de l'action des hormones actuellement connues et susceptibles d'être utilisées dans la thérapeutique journalière.

Les hormones génitales et hypophysaires y occupent la plus grande place ; certaines sont en effet d'un usage courant et il est intéressant de les bien connaître pour les appliquer à bon escient.

Les autres chapitres sont consacrés aux substances œstrogènes synthétiques, à l'hormone cortico-surrénale : la désoxycorticostérone, qui vient à peine de naître, et qui se montre si active chez les malades dont la fonction endocrine corticale est lésée d'une façon plus ou moins profonde ou plus ou moins transitoire, à l'hormone pancréatique, à l'insuline-retard et à une nouvelle application de l'insulinothérapie dans les schizophrénies, etc.

L'auteur qui étudie l'opothérapie depuis de nombreuses années, et qui a déjà publié plusieurs traités sur ce sujet, a surtout désiré avec *Hormones et Hormonothérapie* offrir aux praticiens un recueil de thérapeutique hormonale, où ceux-ci trouveront des formules longuement expérimentées pour certaines hormones et dont l'application se montrera souvent extrêmement efficace, guérissant ou améliorant certaines affections et de nombreux troubles fonctionnels ayant résisté à tous les traitements antérieurs.

Celui qui est vivant, par M. Henri Aurenche (un vol. in 8°, édition Emile-Paul frères, 14, rue de l'Abbaye, Paris 6e, 1941).

Nous n'avons pas l'habitude de mentionner des romans, même lorsqu'ils sont excellents comme c'est le cas. Mais ce roman est l'œuvre d'un médecin, notre érudit confrère le Dr Henri Aurenche, et, d'autre part, il met en scène un digne confrère qu'Aurenche et moi-même avons connu et que nous entourons du même respect, et cela suffit amplement à justifier ces lignes.

Le roman, très vivant, de M. Aurenche se passe dans un pays auquel, l'un et l'autre, nous sommes très attachés : le Vivarais. Pays rude qui fut bouleversé par les guerres de religion, pays dans lequel chacun garde jalousement ses convictions et respecte celles de ses voisins, pays où l'on trouve toujours cette courtoisie terrienne qui rend les rapports si agréables et si sûrs, pays de montagne où l'on peine, où l'on aime passionnément sa terre et ses rochers, petite patrie qui fait aimer plus encore la France.

Je me garderai d'essayer une analyse qui trahirait peut-être la pensée de l'auteur. Lisez ce livre, vous verrez avec quelle sûreté et quelle délicatesse M. Aurenche conduit un récit difficile.

Vous remarquerez, enfin, que M. Aurenche, ancien soldat de 1914, a dédié le livre à ses fils, soldats de 1940, et c'est une pensée infiniment touchante.

F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 63-64. — 6-9 AOUT 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour la nomination d'un CHIRURGIEN-ADJOINT des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le 20 novembre 1941.
Inscription avant le 25 octobre à la Direction, enclave de l'hospice général.

— Un concours pour la nomination d'un MÉDECIN ADJOINT des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le 6 novembre 1941.
Inscription avant le 11 octobre à la Direction, enclave de l'hospice général.

— Un concours pour trois places d'INTERNES TITULAIRES et trois places d'INTERNES PROVISOIRES s'ouvrira le 4 décembre 1941 à l'hospice général, à Rouen.
Inscription avant le 18 novembre au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen.

— Le concours pour l'EXTERNAT DES HÔPITAUX de Rouen s'ouvrira le 23 octobre 1941.
Inscription avant le 7 octobre 1941 au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen.

Faculté de Médecine de Paris. — Une série supplémentaire de TRAVAUX PRATIQUES DE CHIMIE aura lieu, à dater du lundi 6 octobre 1941, à 14 heures.
A cette série, pourront s'inscrire :
1° Les étudiants dont les travaux pratiques n'ont pas été validés pour une raison quelconque (1re et 2e années).
2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en chimie biologique et pathologique avant la cession d'examens de fin d'année.
Droits d'inscription : 150 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundi, mercredi, vendredi, de 14 à 16 heures. Cette série n'aura lieu que si le nombre des étudiants est suffisant.

— Une série de séances de RÉVISION DES TRAVAUX PRATIQUES DE PHYSIOLOGIE commencera le mercredi 8 octobre, à 14 heures. Ces séances se termineront le mardi 14 octobre. Les droits d'inscription sont de : 150 francs. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de Médecine jusqu'au 1er octobre.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — INSPECTION MÉDICALE DE LA SANTÉ. — M. le Dr Lemoyne, médecin inspecteur adjoint de la santé du Finistère, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 1er juillet 1941.
Mlle le Dr Anselme, directrice du bureau d'hygiène de Chambéry, est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de la Savoie, en remplacement de Mme Giorgi-Eragne, non installée.
Mme le Dr Chrétien, directrice du bureau d'hygiène de Saint-Nazaire, est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de la Charente.
M. le Dr Alsac, médecin inspecteur adjoint de la santé d'Ille-et-Vilaine, est affecté, en la même qualité, dans les Hautes-Pyrénées.
M. le Dr Lesbroussart, médecin inspecteur de la santé, placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940, est mis en position de disponibilité spéciale, à compter du 8 juin 1941.

SANATORIUMS PUBLICS. — M. le Dr Jacquet, médecin adjoint au sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire), est affecté, en la même qualité, au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Mme le Dr Poivet-Sarthou, médecin adjoint au sanatorium de Camiers (Pas-de-Calais), est affectée, en la même qualité, au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

M. le Dr Etienne, médecin adjoint au sanatorium de la Bucaille (Seine-et-Oise), est affecté, en la même qualité, au sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire).

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Donnadieu, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Berr-Rechid (Maroc), est mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er juillet 1941.

M. le Dr Leclainche, directeur administratif de l'hôpital de Bracqueville (Haute-Garonne), est affecté, en la même qualité, à l'hôpital psychiâtrique de Ville-Evrard.

Inspection médicale de la Santé. — M. le Dr Thurel, médecin inspecteur adjoint de la santé de la Charente, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 1er juin 1941.

M. le Dr Pelissier, directeur du bureau d'hygiène d'Avignon, est reclassé, en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé de Vaucluse, à compter du 1er octobre 1940.

Chantiers de la jeunesse. — Le *Journal Officiel* du 18 juillet 1941 publie un arrêté relatif à l'*exemption* du stage dans les chantiers de la jeunesse et à l'attribution du *sursis pour raisons de santé.*

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Pierre Larrauza, a été nommé adjoint au maire de Dax.

M. le Dr Raymond Beaufils, a été nommé adjoint au maire de Bezons (Seine-et-Oise).

M. le Dr Joseph Chabaud a été nommé adjoint au maire de Saint-Germain-en-Laye. (*J. O.*, 18 juillet 1941.)

M. le Dr Paul Quintard est nommé maire de Bône (Algérie) en remplacement de M. le Dr Paul Pantaloni, démissionnaire. (*J. O.*, 27 juillet 1941.)

M. le Dr Georges Butin est nommé adjoint au maire de Pontoise. (*J. O.*, 30 juillet 1941.)

Conseil supérieur de la chasse. — Sont nommés membres de ce Conseil institué par l'article 2 de la loi du 28 juin 1941, relative à l'organisation de la chasse : MM. les Drs Couturier (à Grenoble) et Oberthür (à Paris).

Tribunal des Pensions de la Seine. — Sont nommés :

Membre suppléant (2e section), M. le Dr Logre, en remplacement de M. le Dr Mendelssohn.

Membre titulaire (4e section), M. le Dr Hélie, en remplacement de M. le Dr Lutaud.

Membre suppléant (4e section), M. le Dr Renard, en remplacement de M. le Dr Lyon-Caen.

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — Chaire d'anatomie pathologique. — 2e *cours de technique et de diagnostic.* — Le Prof. Roger Leroux, assisté du Dr Busser, chef des Travaux, commencera ce cours le lundi 29 septembre 1941, à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique, et le continuera tous les jours de semaine à la même heure.

Ce cours comprendra dix-huit séances consacrées, d'une part, à la technique courante que les élèves effectueront sur des coupes qui leur seront fournies par le laboratoire ; d'autre part, à la lecture de ces coupes avec discussion des diagnostics. Les coupes resteront la propriété des élèves.

A la fin du cours, un certificat pourra être délivré sur demande aux auditeurs qui auront satisfait à une interrogation spéciale.

Droits d'inscription : 350 francs. Le nombre des places est limité.

Les inscriptions seront reçues, dès maintenant, par le secrétariat de la Faculté de Médecine, sur présentation d'une autorisation délivrée par le Dr Busser, chef des Travaux (laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier B, 3e étage, tous les jours ouvrables, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 18 heures).

Fiançailles

Le Docteur et Madame H. Roulland font part des fiançailles de leur fils, le Dr Henry Roulland, interne à l'hôpital Saint-Joseph, avec Mlle Geneviève Louvard.

VICTOR GARDETTE

Avec une bien douloureuse surprise, nous avons appris, la semaine dernière, la mort de notre excellent confrère et ami, le Dr Victor Gardette, décédé à Paris, le 28 juillet 1941, dans sa soixante-dixième année.

Gardette occupait une place importante dans le thermalisme et le climatisme. Il dirigeait, avec une autorité reconnue de tous, la *Presse Thermale et Climatique.* Sa grande expérience des questions d'édition l'avait fait désigner, il y a plus de dix ans, pour succéder à notre ami Pierra, comme secrétaire général de l'*Association de la Presse Médicale Française.* Tous les membres de l'Association ont vu à l'œuvre Victor Gardette si remarquablement secondé par son fils Robert. Ils ont pu apprécier comme nous la sûreté de ses relations, le dévouement et le tact avec lequel il remplissait ses absorbantes et souvent très délicates fonctions. Il y a deux ans, lorsqu'il demanda à prendre sa retraite, il fut nommé secrétaire général honoraire et céda la place à notre confrère Crinon.

Victor Gardette était officier de la Légion d'honneur et Croix de guerre 1914-1918.

Père d'une belle et nombreuse famille, Gardette a eu une vie très dignement et utilement remplie ; il ne laissera que des regrets parmi tous ceux qui l'ont connu.

Que ses enfants, et en particulier le Dr Paul Gardette et M. Robert Gardette, ses fils, le Dr Joseph Belle et M. Dupin, ses gendres, veuillent bien trouver ici l'expression de notre cordiale et bien vive sympathie.

F. L. S.

Mémento Cartier Edition Sud-Est 1940-41. — Le *Mémento Cartier Sud-Est* a franchi, pour la deuxième fois, l'épreuve d'une guerre ; l'édition 1940-41 est en préparation et paraîtra incessamment.

Les vingt-huit départements de la Région Sud-Est prospectés par le *Mémento Cartier* coïncident, à peu de chose près avec ceux de la zone non occupée ; la zone d'action de l'Annuaire ne subira aucune modification.

Son service sera donc effectué aux intéressés qui trouveront dans cet ouvrage soigneusement remanié et mis à jour tous les renseignements sur le Corps Médical exerçant dans cette zone : révision des diplômes nouveaux installés, etc., une vaste documentation sur les ressources médicales hospitalières de chaque département de la Région Sud-Est, hôpitaux, cliniques, maisons de santé, etc. Collaborateurs médicaux et paramédicaux et, au répertoire des spécialités pharmaceutiques, un tableau particulièrement clair et facile à consulter, la nomenclature des spécialités que le praticien pourra prescrire sans risque de défaut d'approvisionnement.

Agent régional : Albert Modet, 18 *bis*, rue de Chartres, Neuilly-sur-Seine. Tél. : Mai 32-67.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

QUELQUES NOTES SUR LA SULFAMIDOTHÉRAPIE EXTERNE DES PLAIES DE GUERRE

Par MM. Louis Saint-Pierre et Robert Milon

Dans un des services de Chirurgie de l'Hôpital Complémentaire Ambroise-Paré, à Neuilly-sur-Seine, où nous avons en traitement de nombreux blessés de guerre dont les blessures dataient, pour la plupart, de deux à trois mois au moment de leur entrée dans nos salles, nous avons, pendant quelques semaines, appliqué à ces plaies déjà anciennes, les méthodes de désinfection classiques : irrigation au Dakin, etc...

L'inconstance des résultats obtenus par ces procédés nous a conduit à expérimenter d'abord, puis à appliquer *par principe*, la sulfamidothérapie externe, déjà utilisée dans certains hôpitaux du Service de Santé Militaire depuis plusieurs mois. C'est le résultat de nos travaux que nous présentons aujourd'hui dans ces quelques notes, nécessairement résumées après avoir exposé la technique, d'ailleurs fort simple, que nous utilisons.

Nous ajouterons, en conclusion, quelques considérations personnelles sur les types de sulfamides que nous avons employés.

Technique

Après nous être contentés, pendant quelque temps, d'un procédé simpliste (mèches ou compresses saupoudrées de sulfamides introduites dans les trajets fistuleux ou appliquées sur les plaies de large surface) nous nous sommes procurés une pompe à main et un saupoudreur.

Dans son remarquable rapport sur la « Chimiothérapie de l'infection bactérienne des plaies de guerre », présenté à l'Académie de Chirurgie le 17 avril 1940, M. le professeur Legroux relatait ses expériences faites avec le 1162 F., nous avons utilisé, en outre, un autre type de sulfamide, le 402 M (alu-tri paraaminophényl-sulfamido pyridine ou lysapyrine).

Dans les plaies anfractueuses, musculaires ou osseuses, dans les plaies fistuleuses à longs trajets, nous avons employé en même temps que la poudre, les « Crayons » de 1 ou 2 grammes dont l'introduction, généralement facile, vient compléter heureusement l'action de la pulvérisation. Ces crayons sont toujours parfaitement tolérés.

Dans certains cas, et notamment dans les plaies de large surface, nous avons employé une pâte, expérimentée pour la première fois par Riou, d'Hanoï, à base de lysapyrine et d'huile de flétan contenant donc à la fois une sulfamide et des vitamines A et D et dont les propriétés cicatrisantes ont été souvent observées.

Cette pommade contient, en outre, de petites quantités de sapolan, de menthol et d'oxyde de zinc ; son pH se situe entre 4 et 5 ; nous avons employé ainsi un produit qui pouvait faire bénéficier les blessés de ses propriétés à la fois microbicides et kératoplastiques.

Nous faisons les pansements tous les deux jours. Au cours de chaque séance, les quantités de sulfamides employées varient entre 4 et 15 grammes, selon la nature et l'importance des plaies.

Nous n'avons pas cru devoir instituer par principe, un traitement *per os* concommitant. Bien qu'il paraisse peu probable que la poudre de sulfamide appliquée *in loco* puisse être absorbée par l'organisme et passer dans la circulation générale (surtout dans le cas d'une sulfamide pyridique, telle que la lysapyrine qui n'est soluble que sous forme de son dérivé sodique) il nous a paru prudent de ne pas exposer nos malades, dans ces premiers essais, à une sulfamidothérapie à la fois locale et générale trop massive. De plus, nous avons cru plus intéressant de noter les résultats thérapeutiques pouvant être obtenus par la seule sulfamidothérapie locale.

Cependant, ayant donné des sulfamides par la bouche dans deux des cas traités, nous avons cru constater que la stérilisation ou la cicatrisation des plaies étaient obtenues plus rapidement que lors de l'emploi du traitement local seul. L'inconvénient du traitement mixte réside dans ce fait qu'il est difficile de répartir les doses respectives de sulfamides locales et *per os*, dont l'absorption s'effectue différemment par ces deux voies, pour éviter l'accumulation pouvant devenir dangereuse.

Pour prévenir l'acidose, nous donnons régulièrement chaque jour à tous les blessés ainsi traités, deux verres d'eau bicarbonatée.

De même que l'auteur du rapport ci-dessus mentionné, nous n'avons jamais observé le plus léger incident consécutif à la sulfamidothérapie. Le souvenir d'accidents anciens ayant attiré notre attention sur les accidents sanguins, et en particulier l'agranulocytose pouvant résulter de l'emploi des sulfamides, nous avons fait faire quotidiennement, à partir du sixième jour du traitement, un examen de la formule sanguine : dans tous les cas suivis, aucune modification vraiment importante des rapports cellulaires n'a été constatée. Toutefois, le taux des globules rouges est souvent inférieur à la normale. Dans certaines de nos observations, il avoisine 3.250.000.

Nous avons chez tous ces blessés établi un traitement hémopoïetique sous forme d'injections intra-musculaires d'Hépatrol ($2\ cm^3$ tous les deux jours). Au bout de huit jours la numération globulaire montrait un relèvement du taux des hématies de l'ordre de 250 à 300.000 ; ce qui nous a incités à continuer les injections jusqu'à la stabilisation à la normale.

Quant à l'origine de cette anémie, notons qu'il s'agit de blessés n'ayant été soumis qu'à la seule sulfamidothérapie locale. Il paraît donc peu vraisemblable que ces modifications sanguines puissent être imputées au traitement ; la quantité du produit susceptible d'être absorbée par cette voie étant, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, trop peu importante pour entraîner même chez des sujets particulièrement sensibles, une réaction de cette nature.

Etant donné l'affaiblissement des sujets, la médiocrité de leur état général et la longueur de la durée de la suppuration, c'est à cette dernière qu'il nous semble devoir attribuer les modifications des rapports cellulaires.

Il en est de même pour l'Eosinophilie quelquefois assez marquée (jusqu'à 25 % d'eosinophiles) que nous avons également constaté chez plusieurs sujets.

Par prudence, nous avons dans le but de permettre l'élimination des sulfamides, remplacé la sulfamidothérapie, une semaine sur deux, par les procédés de désinfection classiques et avons été particulièrement satisfaits du liquide de Calot : ceci n'était d'ailleurs qu'une mesure de prudence, car l'extrait de foie peut à lui seul déterminer l'eosinophilie.

Examens bactériologiques

Indépendamment de l'étude de la formule sanguine, la flore bactérienne de chacune des plaies a été étudiée avec soin, et nous devons un hommage particulier à notre Chef de laboratoire, le Médecin-lieutenant Pierre Costes, pour l'extrême précision de ses recherches qui nous ont fourni des renseignements précieux et sont venues confirmer les constatations cliniques ressortant de l'examen des plaies au cours de chaque pansement.

70 à 75 % des plaies que nous avons soignées étaient infectées par le streptocoque. De nombreuses associations microbiennes contenant du staphylocoque, du bacille cyanogène et des bactéries anaérobies se sont également trouvées à plusieurs reprises dans les plaies examinées. Il semble cependant que leur virulence ait été atténuée par les soins antiseptiques ou par la sérothérapie préventive que les blessés avaient déjà reçus avant leur arrivée dans notre service, mais il est indéniable que l'action stérilisante des sulfamides s'est fait sentir dès les premiers jours de l'institution de la sulfamidothérapie. En effet, les examens bactériologiques de contrôle pratiqués systématiquement le sixième jour du traitement, montraient une stérilisation

complète dans presque tous les cas, et les cultures elles-mêmes indiquaient une atténuation considérable de la virulence des quelques agents microbiens restant.

Dans trois cas cependant, nous n'avons pu obtenir la stérilisation des plaies ; il s'agissait dans deux de ces cas, de staphylocoques dorés qui ont semblé particulièrement rebelles aux sulfamides, chez le troisième blessé dont la plaie était infectée de pyocyanique, nous avons également eu un échec. Nous avons alors institué pour ces trois sujets l'autovaccinothérapie : les deux premiers sont guéris et cicatrisés, le troisième suppure encore et va être réopéré.

Conclusions

Nous n'avons pas la prétention d'avoir découvert la sulfamidothérapie des plaies de guerre, mais nous pensons que ces notes rapides, prises sur le vif, peuvent avoir leur intérêt pour quelques confrères qui hésiteraient à adopter cette thérapeutique.

Il est certain qu'on ne guérit pas un foyer d'ostéite, par exemple, par ce seul traitement, mais il est non moins certain que la guérison, après curetage, est obtenue beaucoup plus rapidement que par les procédés classiques.

En présence de toute blessure, c'est au chirurgien qu'il appartient d'apprécier presque toujours, il interviendra, et après exérèse ou curetage, adoptera les sulfamides dès le premier pansement post-opératoire.

En ce qui concerne l'administration *per os* des sulfamides concomitamment avec le traitement local, nous concluons que cette double voie peut être utilisée avec avantage dans deux cas bien distincts :

1° Plaie de petite étendue, mais suppurant abondamment ;

2° Cas particulièrement graves, avec menace de septicémie dans lesquels une action prompte et massive est indispensable.

L'innocuité du procédé est certaine, mais nous croyons indispensable, dans le cas où la sulfamidothérapie générale serait associée au traitement local, de ne l'utiliser que sous le contrôle constant du laboratoire qui doit procéder à l'étude systématique de la formule sanguine, certains sujets pouvant présenter une idiosyndrasie impossible à prévoir. Grâce à cette collaboration étroite, le chirurgien peut, le cas échéant, intervenir précocement par une thérapeutique appropriée : extrait de foie, acides nucléinique ou ascorbique et, au besoin, transfusion sanguine.

Pour terminer, rappelons que nous avons employé deux types de sulfamides : le 1162 F et le 402 M. La moyenne des modifications des rapports cellulaires apparaît moins importante avec ce dernier produit qui semble ainsi mieux toléré à doses égales.

Ajoutons enfin que l'emploi de la pommade à la lysapyrine nous a donné des résultats remarquables, notamment dans un des cas observés particulièrement typique où la cicatrisation est restée stationnaire lorsque nous avons dû suspendre le traitement, faute de produit, et s'est terminée en cinq jours dès que nous avons pu en reprendre l'emploi.

La « mode » n'est plus aux pommades, en matière de thérapeutique chirurgicale : celle-ci nous paraît digne de mériter une exception dans cet ostracisme.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES VETERINAIRES

Mercredi 16 juillet 1941. — 1° Jury : MM. Lemierre, Vergé, Drieux. — M. Meynard. Les toxi-infections dues à la salmonella cholesoe suis (S. Suipestifer).

2° Jury : MM. Tanon, Henry, Darraspen. — M. Caillaud. Les intoxications chez les animaux par les aliments moisis.

3° Jury : MM. Mondor, Coquot, Darraspen. M. Le Clay. La filariose cardio-vasculaire du chien.

4° Jury : MM. Aubertin, Henry, Darraspen. — M. Miller. Contribution à l'étude des lésions traumatiques de la corde fémoro-métatarsienne.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Calcifications du péricarde

Par M. L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Longtemps, elles n'ont constitué qu'une trouvaille d'autopsie. Actuellement, depuis les observations de Schwarz (1910-1911), depuis les progrès de la technique radiologique, on les a souvent diagnostiquées du vivant du malade. Elles viennent de faire l'objet d'intéressantes communications à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (1).

Leur *étiologie* est celle des péricardites chroniques, c'est-à-dire qu'on les rattache, d'habitude, au rhumatisme ou à la tuberculose. Il convient, cependant, de faire, à ce sujet, trois remarques. La première, c'est que le traumatisme intervient parfois dans leur développement (Codevelle, Bergond et Fournié, Laederich, J.-E. Thiéry et M. Duret). La seconde, c'est qu'il existe, chez nombre de malades, une tendance nette à la calcification (G. Ledoux-Lebard, P. Ordioni et P. Breton). La troisième, c'est que « 80 % des péricardites constrictives, calcifiées ou non, restent de cause inconnue » (*Id.*).

Dans leur *symptomatologie*, deux ordres d'éléments : les uns, qu'ils soient fonctionnels : dyspnée d'effort, ascite, œdèmes des membres inférieurs ; ou physiques : frottement péricardique, sont d'importance secondaire, étant donné qu'on les rencontre dans la plupart des cardiopathies. Plus importants sont les suivants, que l'on peut considérer, jusqu'à un certain point, comme pathognomoniques.

Fréquence de crises spéciales, caractérisées, en plus de la dyspnée d'effort, par une impression de gêne épigastrique pénible et de douleurs localisées à l'hypocondre droit et troubles digestifs, soulagées par le décubitus dorsal et que l'on rattache aujourd'hui à l'*adiastolie*, ou gêne au remplissage des cavités droites (G. Ledoux-Lebard, P. Ordioni et P. Breton).

Importance de l'hypertension veineuse (Cutler et Sosman, Duvoir, Pichon et de Vulpian, Meersmann, Buffi et Bergondi, Laederich, Thiéry et M. Duret). Dans le cas de ces derniers auteurs, les membres supérieurs étaient sillonnés de grosses veines, qui ne s'affaissaient même pas lors de l'élévation des bras ; la tension veineuse atteignait 33 cm. dans la veine céphalique.

Existence fréquente, à l'auscultation, d'un bruit spécial. Les classiques ont souvent signalé, dans les symphyses du péricarde, un rythme à trois temps, considéré, soit comme un dédoublement du second bruit, soit comme un véritable bruit de galop ; mais il était réservé à M. C. Lian et à ses collaborateurs, MM. Marchal et J. Pautrat de montrer, en 1933, que parfois les calcifications du péricarde traduisent leur existence, à l'auscultation, par un bruit spécialement vibrant, beaucoup plus intense que les deux bruits du cœur, survenant après le deuxième bruit et ayant son foyer maximum dans la région apexo-xyphoïdienne. Cette *vibrance péricardique isodiastolique*, qui a été retrouvée par divers auteurs (A. Baltro, Gravier et Piquet, Laederich, J.-E. Thiéry et M. Duret, Areino et Segura, G. Sabathié, Schwartz et Staebler), M. C. Lian en a donné la description suivante :

Le bruit se produit, comme le montrent les cardiogrammes, dans la partie tout initiale de la diastole, définie *isodiastole* par M. C. Lian. Qu'est-ce que l'isodiastole ? On sait que, sur un cardiogramme apexien, la diastole se traduit, après le plateau systolique B C, par une ligne descendante C D, puis par un léger soulèvement E et, enfin, par une ligne horizontale qui se prolonge jusqu'au soulèvement A présystolique, le ventricule entrant en diastole et changeant de forme sans augmenter de volume pendant l'espace C D, auquel correspond l'isodiastole, la valvule mitrale s'ouvrant en D, et l'afflux du sang auriculaire dans le ventricule causant le soulèvement E (*protodiastole*). Précisons encore : c'est un phénomène de la fin de l'isodiastole, se produisant *avant* le soulèvement protodiastolique correspondant au galop protodiastolique et au troisième bruit du cœur, *après* le dédoublement sigmoïdien du deuxième bruit (début d'isodiastole), *en même temps* que le claquement d'ouverture de la mitrale (fin de l'isodiastole). Il est dû (P. Cossio) à ce que la systole ventriculaire imprime une déformation à la plaque calcaire péricardique, laquelle, en reprenant brusquement sa forme initiale au début de la diastole, produit une vibrance caractéristique.

(1) Nos 7-8, 3 avril 1941. Communication de MM. L. Laederich, J.-E. Thiéry et M. Duret, C. Lian, Guy Ledoux-Lebard, P. Ordioni et P. Breton, pp. 221-240. V. aussi la thèse de G. Piquet, Lyon 1939.

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — **Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.**

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENÉSÉRINE, **sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.**

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — **En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.**

LA GENATROPINE, **par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.**

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — **Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.**

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

Qui est-ce qui permet de différencier ce signe précieux, mais malheureusement inconstant, des autres bruits avec lesquels il pourrait être confondu ? Ce sont ces quatre caractères :

a) Apparition après le deuxième bruit, dont le sépare un intervalle silencieux net ;

b) Siège apexo-xyphoïdien de son foyer maximum ;

c) Etendue considérable de sa zone de perception, et surtout,

d) Sa très grande intensité, dépassant largement celle du deuxième bruit du cœur.

On pourra ainsi séparer, le plus souvent, la vibrance isodiastolique du dédoublement sigmoïdien du deuxième bruit, qui siège à la base et est formé de bruits juxtaposés ; du troisième bruit du cœur et du galop protodiastolique, sourds, dépourvus de toute vibrance ; du claquement d'ouverture de la mitrale, beaucoup moins intense. Quant au claquement péricardique isodiastolique que l'on peut observer dans certaines symphyses péricardiques sans calcification, il est infiniment moins fort que la vibrance, quoique relevant, sans doute, du mécanisme. Dans les cas douteux, on se fondera, pour arriver au diagnostic, sur les autres signes cliniques comme sur les examens spéciaux : électrocardiogrammes, phonocardiogrammes, radiogrammes. Et l'on se rappellera qu'avant de parler de vibrance liée à une calcification du péricarde, il faut éliminer l'hypothèse de rétricissement mitral.

Image radiographique. Le type en est donné par le malade de M. Laederich et de ses collaborateurs : « En position frontale, le bord du ventricule gauche est dessiné par une bande opaque de 3 à 4 millimètres de large, s'étendant du point G à la pointe. En position oblique antérieure gauche, l'image est beaucoup plus nette : une ombre linéaire épaisse dessine, autour des deux tiers inférieurs du bord gauche et le long du bord inférieur du cœur une véritable cuirasse ». La calcification prédomine souvent sur les parties les moins mobiles, qui sont les sillons interventriculaires (Klason).

Signe électrocardiographiques. Les plus habituels sont le bas voltage, l'aplatissement et l'inversion de T dans plusieurs dérivations (Noth et Barnes, G. Ledoux-Lebard et ses collaborateurs).

L'évolution, longue, se chiffre par années.

Le *diagnostic* se fonde sur la confrontation des divers examens : clinique et spéciaux, sur la constatation de la vibrance, sur l'image radiologique qui, seuls, permettent d'éliminer le rétrécissement mitral.

Quant au *traitement*, se contentera-t-il d'être purement médical ? Nombre de spécialistes ont proposé et même effectué des interventions (White et Churchill, Behrend et Boles, Bunnel et Blalok, Santy, Bernheim, Piquet et Galy). Sans doute, comportent-elles une certaine gravité. Mais elles remédient heureusement, quand elles ont été faites de bonne heure, aux funestes conséquences de la maladie. Aussi conçoit-on que des cardiologistes tels que Laubry et Lian en soient très partisans.

THÈSES DE PROVINCE

Nous sommes heureux de pouvoir reprendre une vieille tradition en publiant, aujourd'hui, une première liste de thèses soutenues devant les Facultés de province en 1940-1941.

C'est un agréable devoir pour nous d'adresser à notre excellent confrère L'Information Universitaire *tous nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il a bien voulu nous aider à recueillir ces utiles renseignements.*

THESES DE MEDECINE DE MARSEILLE

Année 1940

N° 16. — Bachellerie (Auguste). — *Le cloisonnement élargi du vagin, opération dite de « Le Fort » dans le prolapsus complet des femmes âgées.* Travail de la clinique obstétricale. — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (40 p.).

N° 50. — Barthelemy (Laurent). — *La maladie osseuse de Paget.* — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (88 p.).

N° 5. — Benevent (Georges). — *Remarques sur la prostitution, en général, et sur la prostitution des mineures, en particulier.* — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (60 p.).

N° 13. — Bernard (Amédée). — *Contribution à l'étude de l'analgésie utérine par infiltration des paramètres.* Travail de la clinique obstétricale. — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (52 p.).

N° 24. — Bezet (Jean). — *Contribution à l'étude des purpuras gangréneux d'origine méningococcique.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (87 p.).

N° 39. — Blanc (Yvette-Renée). — *Recherches sur la flore bactérienne des laits de conserve employés pour l'alimentation des nourrissons.* Travail de la clinique médicale infantile et du laboratoire d'hygiène. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (72 p.).

N° 15. — Bompard (Marcel-Antoine-André). — *Contribution à l'étude des modifications électrocardiographiques sous l'influence de l'histamine. Essai d'interprétation physiologique.* Travail du laboratoire de M. le Doyen Cornil. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (52 p.).

N° 36. — Bonnefoi (Pierre). — *L'infiltration anesthésique du pédicule rénal, ses applications cliniques.* Travail de la clinique urologique. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (72 p.).

N° 40. — Bronstein (Grégor). — *Contribution à l'étude de l'appendicite aiguë rétro-cæcale.* — Marseille, imp. Sauquet et Mullot, 1940, in-8° (63 p.).

N° 52. — Buerle (Emile). — *Contribution à l'étude technique de l'arthrodèse sacro-bis-iliaque.* Travail de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (28 p.).

N° 23. — Casanova (Jean-B.). — *Contribution au traitement des pneumopathies aiguës par les dérivés sulfamidés.* — Cavaillon, imp. Mistral, 1940, in-8° (50 p.).

N° 1. — Castellani (Georges). — *Contribution à l'étude des hernies de l'hiatus œsophagien.* — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (40 p.).

N° 27. — Condroyer (Aimé). — *Les sciatiques consécutives aux injections intrafessières de bismuth.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (44 p.).

N° 54. — Cordoliani (Henri). — *Epidémiologie de la leishmaniose viscérale en Corse.* — Marseille, Soc. anonyme du *Sémaphore de Marseille*, 1940, in-8° (96 p.).

N° 63. — Courtois-Ladet (Lucienne). — *Sur la physio-pathologie de la démence précoce.* — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (64 p.).

N° 26. — Dor (Paul). — *Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse gravidique* (à propos de deux observations). Travail de la clinique obstétricale. — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (55 p.).

N° 11. — Duret (Marius). — *Les troubles nerveux des hémoporphyries.* — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (36 p.).

N° 34. — Firpo (Gaston). — *De la valeur pratique du myélogramme et de la médullo-culture.* — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (40 p.).

N° 62. — Fogacci (Gabriel). — *Le traitement des mastopathies par l'hormone mâle.* Travail de la clinique gynécologique. — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (88 p.).

N° 38. — Garbies (René). — *Etude critique sur l'énurésie infantile.* — Marseille, imp. Leconte, 1940, in-8° (59 p.).

N° 57. — Garcin (Armand-François). — *Contribution à l'étude de l'intoxication manganique professionnelle* (trois nouveaux cas). — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (40 p.).

N° 33. — Gloria-Dozoul (Jeanne). — *Considérations sur le noma et, en particulier, sur son traitement par l'oxygénothérapie.* — Marseille, imp. Leconte, 1940, in-8° (59 p.).

N° 44. — Hantchef (Z.-S.). — *De la neurotomie rétro-gassérienne dans le traitement de la névralgie faciale. Résultats opératoires.* Cannes, imp. Devaye, 1940, in-8° (71 p.).

N° 48. — Hawthorn (Eugène). — *Contribution à l'étude du purpura rhumatoïde primitif considéré, chez l'enfant en particulier, comme une manifestation de primo-infection tuberculeuse.* Travail du service de M. le Professeur agrégé Poinso. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (60 p.).

N° 8. — Hecht (Maximilien). — *Immobilisation plâtrée des plaies infectées des membres.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (40 p.).

N° 55. — Istria (Paul-Dominique). — *Endocrinothérapie par les diastases tissulaires dans la mélitococcie.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (47 p.).

N° 59. — Jean (André). — *Les manifestations vésicales et urétrales dans les prolapsus génitaux.* Travail de la clinique gynécologique. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (64 p.).

N° 21. — Lamoureux (Guy). — *Essai d'exploration des fonctions hépatiques et rénales par l'épreuve de l'arginine.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (80 p.).

N° 3. — Latil (Marie-Edouard). — *Pneumothorax spontané bénin récidivant homolatéral.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (44 p.).

N° 29. — Le Floch (Alfred). — *Le syndrome d'Adie.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (51 p.).
N° 6. — Lœwenbein (Robert). — *La pancréatite nécrosante d'origine artérielle chez le vieillard.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (48 p.).
N° 46. — Lovichi (Paul). — *Contribution à l'étude des plaquettes sanguines dans la fièvre typhoïde.* Travail du service de M. le Professeur agrégé Poinso. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (56 p.).
N° 51. — Merius (Rénard). — *Etude sur les paraplégies des scoliotiques.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (49 p.).
N° 56. — Michel (Jean-Marie). — *Fractures itératives de jambe après ostéosynthèse.* — Aix-en-Provence, imp. Universitaire, 1940, in-8° (77 p.).
N° 7. — Monges (Henri). — *Les paralysies aiguës de l'estomac (la dilatation gastrique aiguë post-opératoire exceptée).* Travail du service du Professeur Monges et du laboratoire de physiologie. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (223 p.).
N° 9. — Mouren (Pierre). — *L'hypertension intra-cranienne syphilitique.* — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (88 p.).
N° 45. — Mouton (Serge). — *Sur les appareils de détection chimique des gaz de combat.* Travail du laboratoire de médecine légale. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (36 p.).
N° 47. — Nguyen Van Nghi. — *Essai thérapeutique de la lymphogranulomatose inguinale et du bubon chancrelleux par la « 693 ».* Travail de la clinique de dermato-vénéréologie. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (92 p.).
N° 2. — Ojard-Chillet (Jean). — *Des agents physiques, en particulier de la roentgenthérapie et de l'actinothérapie, dans les adénites cervicales tuberculeuses.* — Nice, Société Générale d'Imprimerie, 1940, in-8° (47 p.).
N° 12. — Olry (Jean). — *La paralysie générale chez les indigènes musulmans de Tunisie.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (95 p.).
N° 18. — Ourgaud (Albert-G.). — *Etude du syndrome de Parinaud complet de type associé.* Travail du service de clinique ophtalmologique. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (71 p.).
N° 14. — Pendaries (Henri). — *L'hypérostose frontale interne syndrome de Morgagni.* — Marseille, imp. Leconte, 1940, in-8° (59 p.).
N° 37. — Pietri (Jules). — *Les calculs du rein chez l'enfant.* — Lyon, Bosc frères, M. et L. Riou, 1940, in-8° (48 p.).
N° 20. — Pinet (Mme Gabriel, née Bleinc). — *La nécrose mandibulaire dans l'acrodynie infantile.* — Marseille, Soc. anonyme du *Sémaphore*, 1940, in-8° (60 p.).
N° 17. — Piolle (Marie-Mathilde). — *Le syndrome cardio-vasculaire des néphrites aiguës de l'enfant.* Travail du service de M. le Professeur agrégé Poinso. — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (103 p.).
N° 41. — Poli (Jean-François). — *A propos de l'ovariectomie bilatérale au début de la grossesse. Rôle du corps jaune.* — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (52 p.).
N° 22. — Poucel (Jean). — *Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire chez l'enfant.* — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (52 p.).
N° 42. — Poulet (Jacques). — *Les néphropathies post-angineuses.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (67 p.).
N° 28. — Pradoura (Gilbert). — *L'aréflexie tendineuse des membres inférieurs au cours des tumeurs cérébrales.* — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (32 p.).
N° 35. — Provence (Mme Henri, née Josée Laurens). — *Etude physiologique et pratique de l'alimentation du cardiaque.* — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (199 p.).
N° 25. — Ramaroni (Barthélémy). — *Contribution à l'étude du sang dans la fièvre de Malte au point de vue valeur diagnostic et thérapeutique.* — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (51 p.).
N° 4. — Rance (Georges). — *Contribution à l'étude de la réaction de Friedman-A-Brouha : à propos de 1.500 observations.* Travail de la clinique gynécologique de l'Hôtel-Dieu. — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (63 p.).
N° 10. — Raynaud (Marcel). — *Quelques données récentes sur le typhus exanthématique, sur son pronostic et sur son traitement.* — Marseille, imp. Terrasson, 1940, in-8° (48 p.).
N° 49. — Ricardoni (Antoine). — *Les tumeurs de la granulosa (folliculome) de l'ovaire chez l'enfant et le nourrisson. Sur un cas de tumeur de la granulosa de l'ovaire chez un nourrisson.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (52 p.).
N° 53. — Rocca-Serra (Annibal). — *La chloropicrine et sa pathologie.* Travail du laboratoire de médecine légale. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (32 p.).
N° 64. — Roussel-Bondil (Edmée). — *Contribution à l'étude anatomo-pathologique des tubercules cérébraux chez l'adulte.* Travail de la clinique neurologique et du laboratoire d'anatomie pathologique. — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (104 p.).
N° 31. — Sassi (Pierre-Paul). — *Les formes psychiques pures ou prévalentes de l'hyperthyroïdie.* — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (51 p.).
N° 30. — Save (Bertrand). — *Contribution à l'étude du traitement du syndrome tardif de la diphtérie (paralysies diphtériques) par l'anatoxine diphtérique et la strychnine.* Travail de la clinique médicale infantile. — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (116 p.).
N° 61. — Senez (Jacques). — *La calcinose (à propos d'une observation personnelle).* — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (112 p.).
N° 43. — Serafino (Xavier). — *Radium et radium-chirurgie dans le traitement des cancers du rectum.* Travail du Centre anticancéreux de Marseille. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (88 p.).
N° 19. — Stephanopoli de Comnene (Jean). — *Propriétés optiques du sérum sanguin normal et pathologique.* Travail du laboratoire d'hydrologie et de chimie analytique. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (44 p.).
N° 58. — Tristani (Marcel). — *Etude des rapports des lésions oto-mastoïdiennes avec les états de dénutrition dans la première enfance.* — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (92 p.).
N° 32. — Trouchet (Guy). — Travail de la clinique chirurgicale infantile. *Contribution à l'étude de l'utilisation pratique du greffon d'os mort hétérogène.* — Marseille, imp. P. Ciarfa, 1940, in-8° (47 p.).
N° 60. — Weill (Renée). — *Contribution à l'étude de la gastrostomie.* Travail du Centre anticancéreux de Marseille. — Marseille, imp. A. Ged, 1940, in-8° (58 p.).

THESES DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Année 1940

N° 1. — Andrei (Thérèse). — *Contribution à l'étude des eaux sulfureuses.* Travail du laboratoire de chimie analytique et hydrologique. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (99 p.).
N° 3. — Brunet (Pierre). — *Le service pharmaceutique de la Grande Armée pendant les campagnes de 1805 à 1809 en Autriche, en Allemagne et en Pologne.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1940, in-8° (112 p.).
N° 6. — Collet (Jacqueline). — *Activité phosphatasique du squelette des poissons osseux ou cartilagineux et biochimie comparée de l'ossification.* Lons-le-Saunier, imp. M. Declume, 1940, in-8° (96 p.).
N° 2. — Iperti (César-Amélien). — *Essai sur le régime juridique en France du médicament vétérinaire.* — Lyon, Bosc frères, M. et L. Riou, 1940, in-8° (91 p.).
N° 4. — Marcelet (Yves). — *Unité physiologique du système osseux et mode d'action de la vitamine D.* — Lons-le-Saunier, imp. M. Declume, 1940, in-8° (120 p.).
N° 5. — Penet (Georges-Pierre). — *Contribution à l'étude des glucides du plasma sanguin.* — Lons-le-Saunier, imp. M. Declume, 1940, in-8° (92 p.).
N° 7. — Simonot (Marie-Thérèse). — *Recherches sur le mécanisme du rachitisme expérimental.* — Lons-le-Saunier, imp. M. Declume, 1940, in-8° (98 p.).

DIPLOME SUPERIEUR DE PHARMACIEN

Année 1940

N° 1. — Savelli (Louis-Roger). — *Recherches pharmacologiques sur de nouvelles formes galéniques de l'ergot de seigle.* Travail du laboratoire de pharmacie et toxicologie et du laboratoire de pharmacodynamie. — Marseille, imp. de la Société du *Petit Marseillais*, 1940, in-8° (103 p.).

THESES DE MEDECINE DE MARSEILLE

Année 1941

N° 2. — Andreani (Armande). — *La récidive de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant.* — Marseille, imp. Leconte, 1941, in-8° (39 p.).
N° 3. — Barre (Jean-Louis). — *Les traitements modernes de la gale, leur intérêt social au cours des exodes des populations.* — Marseille, imp. Leconte, 1941, in-8° (67 p.).
N° 8. — Barthelemy (Henri). — *Contribution à l'étude de la section simultanée des nerfs érecteurs et hypogastriques dans les cystalgies rebelles (opération de Richer).* — Marseille, imp. de la Soc. du *Petit Marseillais*, 1941, in-8° (75 p.).
N° 10. — Calas (Edmond). — *Contribution à l'étude de la maladie de Schamberg* (à propos de 2 nouveaux cas généralisés

avec 25 fig.). Travail de la clinique dermatologique. — Marseille, imp. de la Soc. du *Petit Marseillais*, 1941, in-8° (110 p.).

N° 6. — Claustre (Pierre). — *L'angine de Ludwig.* — Marseille, imp. A. Ged, 1941, in-8° (150 p.).

N° 11. — Elhaik (Mardochée-Ange). — *Les rapports entre l'infarctus du myocarde et l'infarctus du poumon.* — Marseille, imp. Leconte, 1941, in-8° (40 p.).

N° 1. — Franzini (Jean-Etienne). — *Les algoparésies cubitales tardives après traumatisme du coude.* — Marseille, imp. Leconte, 1941, in-8° (53 p.).

N° 7. — Grunblatt (Joachim). — *Essais thérapeutiques avec la vitamine C dans l'encéphalite psychosique aiguë et azotémique.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1941, in-8° (59 p.).

N° 4. — Miton (Robert). — *Sur les effets des lésions unilatérales des aires prépyramidales du cortex chez le cobaye.* — Marseille, imp. de la Soc. du *Petit Marseillais*, 1941, in-8° (45 p.).

N° 9. — Roumer (Albert-Joseph). — *Les polyradiculonévrites avec albuminorachie chez l'enfant.* — Marseille, imp. M. Leconte, 1941, in-8° (187 p.).

N° 5. — Sansot (Maurice). — *Contribution à la pathogénie des obésités infantiles. Etude hormonale de quelques cas.* — Marseille, imp. de la Soc. du *Petit Marseillais*, 1941, in-8° (206 p.).

THESES DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Année 1941

N° 1. — Nargeolet (Henri). — *L'élixir parégorique. Etude critique et pharmacologique.* — Marseille, imp. Leconte, 1941, in-8° (76 p.).

N° 2. — Roube (Paul). — *Recherches pharmacodynamiques sur quelques drogues végétales réputées antithermiques.* — Marseille, imp. A. Ged., 1941, in-8° (124 p.).

Le rôle du médecin dans l'élaboration des méthodes d'éducation, par le Professeur Pierre Nobécourt.

La Dénatalité française, par le Professeur Pierre Nobécourt. — Extraits de la *Revue Médico-Sociale et de Protection de l'Enfance.* — 7e année, nos 5-6, 1939-1940. Masson, éditeur, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF MÉDIAN (1)

ANATOMIE-PHYSIOLOGIE

PHYSIOLOGIE

Le nerf médian est donc un nerf mixte à fonctions multiples, la plus importante est sans aucun doute sa *fonction motrice*, sur laquelle nous insisterons ; ses autres rôles sensitif, vaso-moteur, trophique et secrétoire peuvent être considérés comme secondaires.

I. — ROLE MOTEUR

Il a été mis en évidence par :
— Expérience électrophysiologique de Duchenne ;
— Section nerveuse de Letiévant ;
— Section traumatique.
— L'anatomie qui vient de nous montrer les muscles qu'il innerve :

a) *A l'avant-bras*, les deux muscles de la pronation : rond et carré pronateur. D'où impossibilité de pronation si le médian est coupé ;

b) *Au poignet*, le médian innervant les deux palmaires qui fléchissent le poignet, on devrait observer des troubles de ce côté. Pratiquement s'il est sectionné la flexion est peu troublée, compensation par le cubital antérieur.

c) *Doigts.* — 1) *4 derniers doigts.*

Le médian innerve :
Le F. C. S. ;
Deux faisceaux externes du F. C. P. ;
Les deux premiers lombricaux.

La paralysie de ces muscles provoque l'impossibilité de flexion des deux dernières phalanges sur les premières,

(1) Fin, voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 59-60 et 61-62.

surtout au niveau du médius et de l'index (paralysie simultanée du F. C. S. et du F. C. P.).

2) *Pouce.*

Le médian innerve ;
Le court abducteur ;
Court fléchisseur ;
Opposant ;
Long fléchisseur propre du pouce.

Ces muscles tiennent sous leur dépendance l'opposition du pouce. Si le médian est sectionné, l'opposition sera pratiquement impossible, supprimant :

— les prises solides de la main : prise du marteau ;
— les prises fixes :
Pinces à branches longues ;
Pinces à disséquer ;
Pinces à branches courtes ;
Prises d'aiguilles.

Les expériences d'électrophysiologie, les sections traumatiques permettent de comprendre ce rôle essentiel du médian qui est de commander l'exécution des actes complexes et délicats de la préhension fine, des mouvements d'opposition du pouce qui lui sont indispensables.

Ce rôle moteur est enfin prouvé par la paralysie de ce nerf et les troubles histologiques et électriques qui en résultent.

a) *Troubles histologiques* : dégénérescence du bout périphérique caractérisée essentiellement par la fragmentation, puis la disparition du cylindre axe (dégénérescence walérienne) ;

b) *Troubles électriques* : inexcitabilité au courant faradique, excitabilité retardée au galvanique, réaction inversée : NO>PO>PF>NF.

II. — ROLE SENSITIF

L'anatomie vient de nous montrer que le territoire sensitif du médian est limité à la main :

Face palmaire : partie externe, par une parallèle à l'axe du membre passant par l'axe de l'annulaire ;

Face dorsale : deux dernières phalanges de l'index et du médius, la moitié externe seulement des deux dernières phalanges de l'annulaire.

En pratique, en cas de section ou de paralysie, l'anesthésie est plus limitée que le territoire cutané du nerf. Ceci s'explique par le fait de la sensibilité récurrente (Arloing-Tripier).

III. — ROLE VASO-MOTEUR ET TROPHIQUE

— Atrophie musculaire des muscles paralysées :
à la face antérieure de l'avant-bras ;
aplatissement de l'éminence thénar.
— Troubles trophiques :
ongles modifiés ;
peau rouge, sèche, fendillée.
— Troubles vaso-moteurs:
Peau cyanosée ;
Douleur.

IV. — LOCALISATION

— Trois dernières racines du plexus brachial. Pour Rouvière surtout C VI, C VII et C VIII.

— Représentation corticale : zone particulièrement étendue à la partie moyenne de la frontale ascendante, empiétant sur la pariétale ascendante (Mme Atanasio Benesty), zone étendue parce que le médian commande une grande partie des mouvements du pouce.

Conclusion

Avant tout rôle moteur : opposition du pouce, capitale pour les différentes préhensions, soit fortes, soit fines ; d'où, en cas de section, intérêt des interventions restauratrices : suture ou mieux greffe nerveuse.

H. Servelle.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 65-66. — 13-16 AOUT 1941 114e ANNEE Le No 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Bordeaux. — Des concours pour 9 places d'internes et 66 places d'externes s'ouvriront en octobre.

Des *points militaires* seront accordés aux candidats qui devront, au moment de l'inscription, justifier de leur mobilisation, de leurs séjours dans des camps de prisonniers ou de leurs blessures ou maladies contractées dans le service.

Ordre des Médecins. — Une loi du 2 août 1941 (*J. O.*, 3 août 1941), modifie ainsi qu'il suit l'article 18 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des Médecins.

« Un décret contresigné par le garde des sceaux, ministre secrétaire d'Etat à la Justice, et par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, fixera la date à laquelle le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins et les Conseils départementaux seront dissous et remplacés par des conseils élus.

« Les modalités de l'élection seront fixées par les règlements d'administration publique ; ces mêmes règlements détermineront l'étendue des circonscriptions assignées aux conseils élus. »

Chirurgiens-dentistes. — La loi du 31 juillet 1941 (*J. O.*, 3 août 1941), précise que jusqu'à nouvel ordre les dentistes sont autorisés à exercer leur art sans être inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins.

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Gaston Cantorne a été nommé conseiller municipal de Bordeaux. (*J. O.*, 2 août 1941.)

Conservatoire National des Arts et Métiers. — Par décret, en date du 17 juillet 1941, la chaire de physiologie du travail est transformée en cours de physiologie du travail et d'orientation professionnelle. (*J. O.*, 5 août 1941.)

Clinique de la Tuberculose. — HÔPITAL LAENNEC, 42, rue de Sèvres. — Professeur : M. Jean TROISIER. Assistants : M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. Brouet, agrégé. — Un cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires, sera fait du 27 octobre au 2 décembre 1941.

Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques et sociales concernant la tuberculose.

Le matin, des stages cliniques avec démonstrations pratiques seront organisés dans le service.

Les leçons auront lieu l'après-midi de 16 à 17 heures et de 17 à 18 heures à la Salle des Conférences de la Clinique de la Tuberculose. Le programme détaillé sera indiqué ultérieurement.

Droits d'inscription : 300 francs.

Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscription seront accordés par le Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel.

Les inscriptions sont reçues à la Clinique de la Tuberculose (tous les matins, de 10 heures à midi : 42, rue de Sèvres (Prof. agrégé : M. Brouet), et au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet no 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Ce cours sera suivi du 3 décembre au 16 décembre 1941, d'un cours théorique et pratique sur : Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose.

Droits d'inscription : 500 francs.

Les inscriptions sont reçues à la Clinique de la Tuberculose tous les matins, de 10 heures à midi, 42, rue de Sèvres (Dr Brocard), et au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet no 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

(Les droits d'inscription pour l'ensemble des deux cours sont fixés à 700 francs seulement).

Nécrologie

Nous apprenons avec peine le décès survenu à Paris, le 18 juillet, à l'âge de 51 ans, du Dr Henri Lagrange, ancien interne des hôpitaux de Paris (1920), ophtalmologiste des hôpitaux de Paris depuis 1929, chef de service à l'hôpital Saint-Antoine. Notre regretté collègue était chevalier de la Légion d'honneur et Croix de guerre. Il était le fils du professeur Lagrange (de Bordeaux) qui fut membre correspondant de l'Académie de Médecine.

— Le Dr Fernand Landolt, à Paris.

CHRONIQUE

C'est la clinique qui doit avoir le dernier mot

L'existence normale d'un être vivant n'est possible que si se trouve réalisé un état d'équilibre entre son organisme et le milieu extérieur ; il en est de même de la santé qui, elle aussi, suppose un état d'équilibre entre les divers organes de l'individu et également entre ceux-ci et le milieu extérieur et les agents pathogènes qui s'y trouvent.

Ces agents pathogènes sont des êtres vivants et, comme tels, en collection ou en unités plus ou moins isolées, ils se comportent comme tous les êtres vivants : ils naissent, croissent, déclinent, progressent ou régressent et leur valeur, qu'il s'agisse de leurs possibilités de vie, de multiplication ou de virulence, est fonction à la fois de leur constitution propre et du milieu extérieur ; ce milieu peut leur être favorable, indifférent ou nuisible et ainsi leur permettre des conditions d'existence, de multiplication, de virulence fort variables.

Ce milieu extérieur, en l'espèce l'homme ou l'animal, peut ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, déterminer chez eux soit une infériorité telle qu'elle se traduise par une impossibilité de vie, soit une exaltation de leur vitalité, et, par le fait de leurs qualités offensives ; entre ces deux extrêmes, il y a évidemment place pour des conditions de vie ralentie qui les réduisent au parasitisme et à une passivité relative.

Certes, on peut toujours dire qu'ils constituent une menace et que l'état de santé de l'individu chez qui ils poursuivent cette vie parasitaire est un état précaire ; mais il ne s'agit là que d'une hypothèse et la contamination peut fort bien ne jamais se réaliser.

Il semble, cependant, qu'il ait été fait, au moins pour certains d'entre eux, une confusion entre leur présence et la ou les maladies qu'ils sont susceptibles de provoquer ; cette confusion a amené tout naturellement une tendance à identifier la maladie avec son agent pathogène. Certes, il n'est pas question de mettre en doute, au point de vue pathologique, l'importance de la recherche et de la découverte de ces agents, car c'est un moyen précieux de confirmer et de préciser les signes cliniques ; mais que cette découverte soit une confirmation ou une infirmation, il convient de ne pas lui donner une valeur absolue : d'abord parce qu'en médecine nous vivons sous le signe de la relativité, ensuite parce qu'on risquerait ainsi des erreurs aussi bien dans un sens que dans l'autre et il en est de nombreux exemples.

A ce point de vue, les observations de Meersseman sur les cracheurs sains de bacilles de Koch sont fort intéressantes. A priori, il ne semble y avoir aucune impossibilité à l'exactitude de ces observations. Si ces cas sont rares, il apparaît que la seule conclusion qu'on puisse tirer de cette constatation est que la virulence de ces bacilles est généralement plus grande que celle des autres agents pathogènes qui vivent plus communément en parasites sur notre organisme ; ou bien encore que cet organisme se défend moins bien contre leurs attaques que contre celles de ces autres agents. Peut-être aussi cette constatation nouvelle a-t-elle été facilitée par la régression que paraît suivre depuis quelque temps la tuberculose.

En tout cas, là comme ailleurs, il convient de ne se payer ni de mots, ni d'hypothèses, et c'est la clinique qui doit avoir le dernier mot.

A. Herpin.

[Cette chronique était imprimée depuis quelques jours lorsque M. le Prof. Sergent a publié, dans la *Presse Médicale* (nos 66-67, 31 juillet 1941, p. 833), un article d'une importance capitale intitulé : « Quelques réflexions sur la valeur de la présence ou de l'absence du bacille de Koch dans les crachats pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire ».

Nous croyons devoir publier ici ses conclusions. Elles sont une magistrale confirmation de l'opinion que nous avions formulée. — A. H.]

Conclusions de M. le Professeur Sergent

En matière de conclusions je dirai que les considérations, les constatations, qui, dans leur ensemble, constituent la charpente des réflexions que j'ai tenté de soumettre, aussi clairement que possible, aux méditations et à la critique des phtisiologues cliniciens, peuvent être réunies dans les propositions fondamentales que voici :

1° La constatation du bacille de Koch dans une *lésion* broncho-pulmonaire permet seule d'affirmer la nature tuberculeuse de cette lésion, sous réserve de la possibilité de pénétration secondaire dans cette lésion, si elle n'est pas de nature tuberculeuse (foyer de suppuration, abcès, cancer...), de bacilles provenant par effraction de foyers tuberculeux voisins.

2° La constatation du bacille de Koch dans *l'expectoration* ne suffit pas, à elle seule — pour les mêmes raisons — pour affirmer la nature purement et simplement tuberculeuse d'un *syndrome clinique*, qui peut, lui aussi, résulter d'une association locale accidentelle.

3° La constatation du bacille de Koch dans les *crachats*, si elle ne s'accompagne d'aucun symptôme général ni fonctionnel, d'aucun signe physique local (stéthacoustique, radiographique), ne peut autoriser à admettre *sans discussion* l'existence d'une tuberculose pulmonaire *inapparente ;* avant de s'incliner devant ce diagnostic, il importe de recourir aux méthodes de contrôle qui s'imposent : recherche du bacille de Koch dans le rhino-pharynx, où il peut vivre en *parasite*, et, en même temps, dans la trachée et les bronches par sondage et aspiration sous-glottique (méthode de Lowys). Ici apparaît la catégorie des *faux tuberculeux bien portants*, c'est-à-dire des *cracheurs de bacilles sans lésions.*

4° L'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration ne permet pas de rejeter à coup sûr le diagnostic de tuberculose pulmonaire ; la *tuberculose fermée* n'est pas un mythe, mais une « vérité première ». Ici prennent place les *vrais tuberculeux méconnus.*

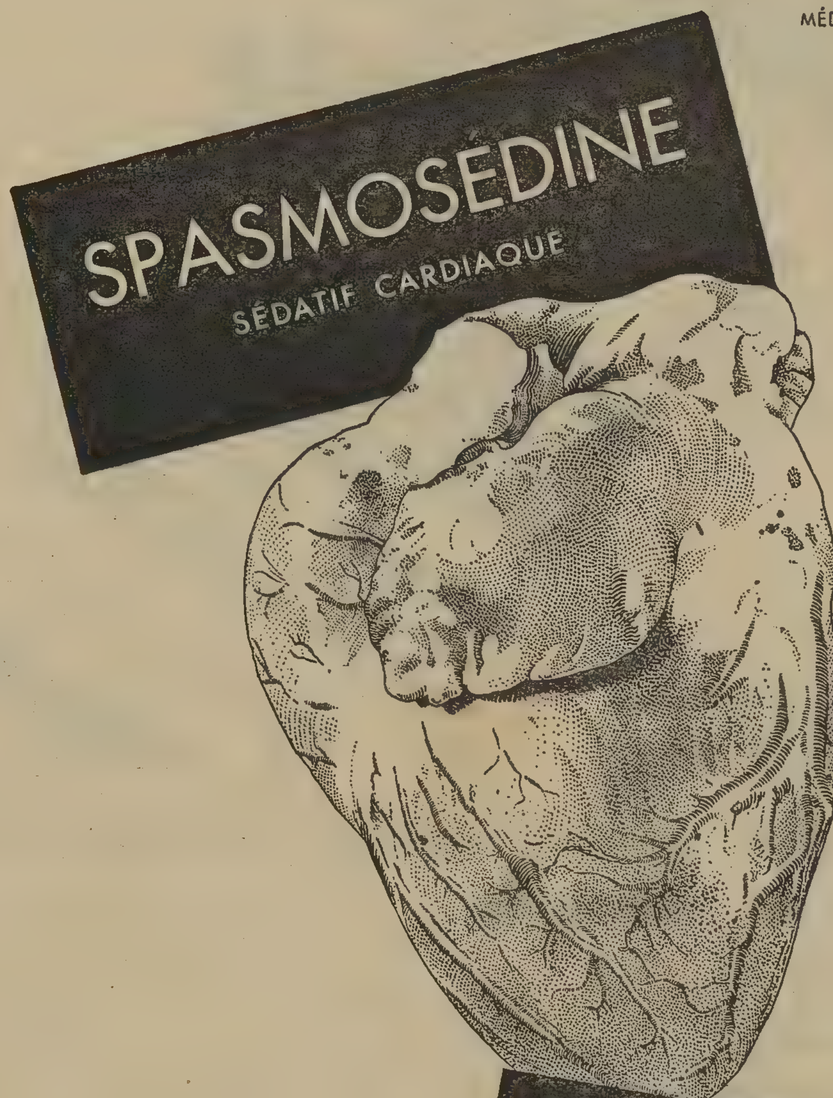
5° L'absence, plusieurs fois répétée, de bacilles de Koch dans les crachats, chez des sujets qui ne présentent aucun signe ni symptôme indubitable de tuberculose broncho-pulmonaire, doit imposer la recherche d'une affection trachéo-bronchique ou pulmonaire simulant la tuberculose. Ici prennent place les *faux tuberculeux* qui rentrent dans la catégorie des *pseudo-tuberculeux.*

Ces constatations, ces observations méthodiquement et « maintes et maintes fois répétées », suivant la sage pensée de Laënnec, apportent un argument qui s'ajoute à tant d'autres pour légitimer le bien-fondé du principe que je ne cesserai jamais de défendre : *« Un diagnostic ne peut être que le résultat de la mise en œuvre de tous les moyens et procédés d'exploration dont dispose aujourd'hui la clinique ».*

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.


SPASMOSEDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

REVUE GENERALE

LA SYPHILIS GASTRIQUE

Par MM. Jean Etienne et Gilbert Blaquière
(Montpellier)

La syphilis gastrique, affection rare, présente un grand intérêt cependant, du fait de son allure protéiforme qui en rend le diagnostic difficile, et très malaisée sa différenciation d'avec de nombreuses affections gastriques, l'ulcère et le cancer en particulier.

HISTORIQUE : C'est Andral qui, en 1838, rapporte la première observation. Par la suite, les travaux de Fournier, Hayem, de Dieulafoy, ont précisé les caractères cliniques de cette affection, dont Pater, en 1907, a donné une étude anatomo-pathologique précise.

Plus près de nous de nombreux auteurs parmi lesquels Bensaude et Rivet, Leven et Barret se sont intéressés à cette question, qui a encore fait l'objet, en 1930, d'une discussion à la Société de Gastro-Entérologie.

ETIOLOGIE : La syphilis gastrique, autrefois considérée comme très rare par Fournier, semble être plus souvent diagnostiquée à l'heure actuelle. En 1907, Pater réunissait seulement 130 cas dans la littérature médicale. Depuis, de nombreuses statistiques ont été établies, dont les conclusions sont tellement différentes qu'elles n'apportent aucune certitude. Pourtant, alors qu'en 1905 Hayem déclarait n'avoir constaté dans sa pratique que 4 ou 5 cas de syphilis gastrique, de 1905 à 1911, il rapporte en avoir observé autant chaque année.

L'atteinte syphilitique de l'estomac peut survenir chez un sujet atteint de *syphilis héréditaire* ou de *syphilis acquise.*

1° Syphilis acquise : C'est, le plus souvent, à la période tertiaire qu'apparaissent les manifestations cliniques gastriques, soit peu après le chancre, soit tardivement (de deux à quarante ans après l'accident primaire).

2° Syphilis héréditaire : Il s'agit, dans la majorité des cas, de manifestations tardives apparaissant chez l'adolescent ou chez l'adulte jeune.

Les deux sexes sont atteints, mais le sexe masculin paraît être le plus souvent touché (4 hommes pour 3 femmes : Pater). L'intoxication alcoolique expliquerait, pour certains auteurs, cette prédominance.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE : Son étude doit être assez complète car c'est elle qui permettra de classer les diverses formes cliniques. Les lésions qui sont celles de la syphilis tertiaire ont une évolution parallèle et comparable à celle des lésions cutanées.

1° Infiltration gommeuse.

a) *Diffuse* (gastrite diffuse). Dans cette forme anatomique il y a une infiltration de la sous-muqueuse par des cellules rondes (lymphocytes et plasmocytes) centrées sur des artérioles atteintes de *panartérite oblitérante.* Cette gastrite diffuse peut réaliser, du point de vue macroscopique, un aspect de linite plastique. Elle est particulièrement fréquente dans les cas de syphilis héréditaire ;

b) *Localisée :* Il s'agit de *gommes syphilitiques* typiques siégeant surtout sur la paroi postérieure de l'estomac et dans la région pylorique. Ces gommes peuvent être unique ou multiples.

2° Ulcération. — Succède en général à la forme précédente par fonte du tissu gommeux. Il peut y avoir une seule ulcération, mais, dans de nombreux cas, elles sont multiples, et Fraenkel en a compté 13 chez un de ses malades. L'ulcération tantôt en coup d'ongle, tantôt térébrante, pouvant aller jusqu'à perforer la paroi gastrique, est circulaire ou polycyclique avec des bords décollés. Le fond est sanieux, recouvert d'une sécrétion épaisse de coloration jaunâtre. Il a parfois été possible de retrouver le tréponème dans le fond ou dans la paroi de l'ulcération (Harris et Morgan).

3° Lésions cicatricielles. — Elles peuvent être secondaires à la cicatrisation d'une ulcération gommeuse, ou bien coexister avec l'ulcération à la suite d'un processus scléro-gommeux ; quoiqu'il en soit, la cicatrisation se fait comme toujours dans la syphilis, avec une rétraction fibreuse importante. Cette rétraction entraîne des déformations gastriques variées (estomac biloculaire, sténose pylorique, sténose cardiaque).

4° Lésions associées : Elles portent sur la peau, les os, ou les autres viscères et aident ainsi au diagnostic.

CLINIQUE : Il n'y a pas de forme type de syphilis gastrique et l'on doit envisager un certain nombre de syndrômes en rapport avec les lésions anatomiques.

1° Nous ne nous étendrons pas sur les troubles gastriques très fréquents de la *syphilis secondaire,* qui coexistent avec la roséole : anorexie, pesanteur gastrique avec asthénie, céphalées et fièvre peu élevée ; ou au contraire boulimie, symptôme qui serait prédominant chez la femme d'après Audrain. Il ne s'agit pas là à proprement parler de syphilis gastrique, mais de troubles gastriques chez les syphilitiques.

2° Syphilis gastrique a forme de gastrite chronique (Fournier).

L'observation princeps d'Andral en est le type. La caractéristique en est l'association de vomissements avec amaigrissement progressif et important conduisant à la cachexie. On a pu dire de ces malades qu'ils étaient des *cancéreux sans tumeur* (Florand et Girault). On note en outre un *syndrôme douloureux précoce* à prédominance nocturne : sensation de torsion viscérale, non calmée par les médications alcalines. Dans cette forme il y a très peu ou pas d'hémorragies gastriques. L'examen du liquide de tubage révèle une tendance à l'*hypochlorhydrie.*

La gastrite chronique syphilitique correspond en général aux lésions d'infiltration gommeuse diffuse.

3° Syphilis gastrique a forme ulcéreuse (Dieulafoy). De beaucoup la plus importante et la plus fréquente. Elle peut revêtir deux aspects principaux :

a) *Hémorragique :* Chez un sujet en bonne santé apparente surviennent, le plus souvent sans prodromes, des hématémèses variables, mais surtout remarquables par leur répétition. Ces hémorragies ne s'accompagnent d'aucune douleur ni d'aucun trouble dyspeptique.

b) *Syndrome ulcéreux :* Le tableau clinique est ici très semblable à celui de l'ulcère gastrique de Cruveilher. Les douleurs à horaire relativement fixe, plus ou moins tardives selon le siège de l'ulcère : précoces s'il est gastrique, tardives s'il est pyloro-duodénal ou duodénal ; vomissements ; hématémèses avec ou sans maelena.

4° Syphilis gastrique a forme tumorale (Bard). — Syndrome néoplasique survenant chez un sujet jeune : douleurs à horaire irrégulier, vomissements « marc de café », amaigrissement cachectisant. Présence à la palpation d'une tumeur épigastrique souvent notable, en somme tout le tableau d'un cancer gastrique.

Pourtant la *discordance* entre le *volume* de la tumeur et le *degré de la cachexie,* les caractères de la tumeur « élastique, de forme régulière, non douloureuse, fréquemment mobile » (Bard) permettent déjà d'émettre un doute quant à la malignité d'une telle tumeur.

D'ailleurs le *chimisme gastrique* révélant parfois une quantité *normale d'acide chlorhydrique* dans l'estomac met souvent sur la voie du diagnostic.

Signalons pourtant la possibilité d'évolution d'un cancer véritable sur une tumeur syphilitique.

5° Syphilis gastrique a forme sténosante.

a) *Sténose pylorique :* Chez un malade présentant depuis plusieurs années un syndrome douloureux se manifestent des signes de *stase* avec *dilatation* gastrique progressive ; c'est alors le tableau classique ; mais on a signalé des cas de sténose pylorique syphilitique avec petit estomac.

b) *Sténose médiogastrique :* Dans un premier ordre de fait, elle est due à un *spasme*, conséquence d'une ulcération gommeuse de la grande ou de la petite courbure.

La sténose relève plus souvent d'une *cicatrice* gastrique et présente alors tous les caractères de la sténose médiogastrique cicatricielle, avec présence des phénomènes classiques décrits par Jaworski de l'ectasie paradoxale et du lavage paradoxal.

c) On a signalé des cas de *sténose du cardia*, mais ils ne sont pas isolés et sont associés dans la majorité des cas aux lésions précédentes.

6° Gutman a rapporté des cas de *périgastrite syphilitique.*

7° Syphilis gastriques et crises gastriques du Tabès : Les rapports de ces deux syndromes sont encore à l'étude. En effet chez des malades présentant des crises gastriques typiques on n'a pas trouvé à l'autopsie de lésions anatomiques pouvant les expliquer. D'autre part, beaucoup de sujets atteints de lésions syphilitiques gastriques n'ont pas de crises douloureuses paroxystiques du type tabétique. Enfin, certains auteurs (Hayem et Lion, Crouzon, Castaigne) ont pu observer la coexistence du syndrome douloureux typique et des lésions bien spécifiques.

MANIFESTATIONS GASTRIQUES DE L'HEREDO-SYPHILIS. — Elles peuvent être *précoces* et *sans expression clinique :* lésions gastriques extrêmement étendues et de type anatomique variable chez des mort-nés.

Plus souvent *tardives* et se présentant sous la forme de *gastrite aiguë* avec hématémèses fréquemment répétées demandant un diagnostic rapide pour permettre un traitement efficace.

DONNEES DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE. — De même que les symptômes cliniques, l'examen radiologique qui doit toujours être pratiqué en présence d'un syndrome gastrique imprécis, ne donnera pas de signes bien probants. En effet, les formes ulcéreuses, pseudo-tumorales et sténosantes donneront des images : *d'ulcération gastrique* (rarement niche de Haudek typique) ; de tumeurs gastriques avec *amputation du pylore* ou image lacunaire de la grande ou de la petite courbure ; *de sténose médiogastrique* avec remplissages successifs des deux poches ; aucun de ces aspects ne permet d'affirmer l'origine syphilitique des lésions.

Il en est de même de l'image de *linite plastique* fournie par certains cas de gastrite chronique.

DIAGNOSTIC. — Il est extrêmement difficile « car l'estomac lésé par la syphilis n'a pas, pour exprimer sa souffrance de troubles fonctionnels différents de ceux qui servent d'expression aux autres lésions gastriques » (Fournier).

Pourtant *en faveur de l'origine syphilitique* plaident :

— *La discordance* de certains signes *cliniques :* par exemple volume de la tumeur et degré de la cachexie.

— *Les localisations multiples.*

— *La résistance* du syndrome douloureux à la *thérapeutique habituelle.*

— *Les signes associés* de syphilis, lésions cutanées, osseuses ou viscérales et réactions sérologiques.

Enfin la valeur d'un *traitement antisyphilitique d'épreuve.*

Nous avons vu, au chapitre précédent, que l'apport de l'examen radiologique n'est pas d'un grand secours.

Un autre examen complémentaire pourtant peut nous donner quelques renseignements, c'est la *gastroscopie* permettant parfois de voir une image typique de gomme syphilitique ulcérée.

Mais « il ne suffit pas qu'un malade ait la syphilis pour rapporter à elle toutes les lésions graves de l'estomac » (Hayem). En effet, on devra différencier les lésions syphilitiques de l'estomac d'une gastrite banale, d'un ulcère, d'un cancer à forme végétante ou infiltrée.

1° En faveur de l'origine syphilitique d'une gastrite plaident la prédominance nocturne des douleurs et surtout l'amaigrissement extrêmement rapide : rapidité non justifiée, par les vomissements relativement peu abondants. D'autre part *l'hypo-acidité* de la *syphilis* s'oppose à *l'hyper-acidité* de la *gastrite banale.*

2° Pour le diagnostic d'ulcère gastrique interviennent les signes suivants : douleurs à horaire fixe avec vomissements et hématémèse accompagnée parfois d'une image radiologique d'ulcère.

Les points communs sont parfois si nombreux que certains auteurs estiment que *l'ulcère gastrique est toujours syphilitique.* Castex, par exemple, écrit que tous les ulcères des sujets de moins de 30 ans sont syphilitiques. Leven se base sur l'action fréquemment favorable du traitement antisyphilitique pour soutenir la même thèse. Le Noir constate qu'alors que la fréquence de la syphilis en général est de 18 à 20 pour cent, on trouve 28 pour cent de syphilitiques chez les ulcéreux.

Pourtant d'autres auteurs se sont attachés à montrer les *dissemblances* entre *ulcère* et *syphilis gastrique* (Bensaude, Moutier, Gutman). Rappelons brièvement leurs arguments :

a) *Pour l'ulcère :* douleur à horaire fixe, à évolution cyclique. Peu de tendance aux hémorragies. Hyperchlorhydrie, sédation par la thérapeutique alcaline.

b) *Pour l'ulcération syphilitique :* douleur à horaire moins fixe, sans évolution cyclique (période de calme ne dépassant pas 24 heures), tendance aux hémorragies. Hypochlorhydrie. Pas de sédation par la thérapeutique alcaline, au contraire « effet magique » du traitement antisyphilitique.

Sans prendre parti dans la discussion nous rappellerons simplement que, dans quelques observations, le tréponème a été retrouvé dans les parois d'exulcération du type ulcère rond. Enfin, Gutman a bien montré la possibilité de la coexistence d'ulcère vrai et de positivité des réactions sérologiques de la syphilis.

Il semble donc, à l'heure actuelle encore, impossible de se prononcer sur la dualité ou l'identité de l'ulcère simple et de l'ulcération syphilitique de l'estomac et, en dernière analyse, c'est l'action du traitement qui donnera la clef du diagnostic.

c) *Les pseudo-tumeurs gastriques syphilitiques,* nous le rappelons, ont pour elles la discordance des signes physiques et fonctionnels ainsi que certains aspects radiologiques particuliers (images lacunaires).

d) *Quant aux formes sténosantes,* ce sont surtout les examens complémentaires (sérologiques), les autres atteintes de la syphilis et le traitement d'épreuve qui pourront orienter le diagnostic.

PRONOSTIC. — Les difficultés que l'on a à porter un diagnostic étiologique entraînent des conséquences pronostiques très grandes. L'avenir de ces malades est, en effet, sombre si l'on n'a pas su ou pu reconnaître l'origine syphilitique, car l'ulcération creusera et aboutira fréquemment à la perforation gastrique ; les hémorragies se répéteront et amèneront à l'anémie grave ; enfin, la cachexie progressive et rapide terminera le plus souvent l'évolution.

Au contraire, si l'étiologie a été reconnue et un traitement antisyphilitique précoce institué, le pronostic est excellent car les lésions spécifiques gastriques *jeunes* guérissent très bien.

Au stade des lésions cicatricielles, malgré un traitement actif et bien conduit on n'obtient que la stabilisation des lésions et non plus leur guérison d'où la nécessité d'un diagnostic aussi précoce que possible.

TRAITEMENT. — Le traitement médical antisyphilitique doit être mixte, selon les préceptes toujours valables de Fournier qui prescrivait le *Mercure et l'Iodure de Potassium* avec de très bons résultats.

A l'heure actuelle on emploie toujours le traitement mixte à base de mercure en injections, en frictions et en suppositoires et l'iodure de potassium, qui est très bien toléré par les estomacs syphilitiques et qui, de plus, aurait une action antiscléreuse à la dose de 2 à 3 gr. par jour *per os ;* l'iodure de potassium peut être remplacé par le lipiodol en capsule.

Mais l'association : *bismuth, novarsénobenzol* employée



par Bensaude et Rivet parait à ces auteurs plus rapidement efficace. Ce traitement doit être considéré comme un traitement d'attaque, et doit être suivi de cures d'entretien : trois cures par an de Mercure et Bismuth associés par exemple.

La thérapeutique Novarsénobenzolique doit être, bien entendu, réservée aux malades capables de la supporter.

Au traitement spécifique il est recommandé d'associer les thérapeutiques gastriques habituelles : régime peu irritant, carbonate de bismuth ou Kaolin *per os*, etc.

La chirurgie ne tire ses indications que des cas d'urgence (perforation gastrique) ou des sténoses très serrées ou la résection partielle de l'estomac amène parfois la guérison qui devra toujours être suivie d'un traitement spécifique d'entretien.

BIBLIOGRAPHIE

Barbier. Syphilis de l'estomac (*Thèse Paris* 1902).
Pater. Sur la syphilis de l'estomac (*Thèse Paris* 1907).
Kurzenne. Formes cliniques de la syphilis gastrique chez l'adulte (*Thèse Paris* 1920).
Florand et Girault. Syphilis du tractus digestif. Masson éd. 1922.
Morhardt. Diagnostic et traitement de la syphilis gastrique (*Vie Médicale*, 25 février 1927, p. 367).
Estor. Syphilis gastrique hémorragique (*Bull. de la Soc. des Sciences Méd. de Montpellier*, avril 1927, p. 205).
Pauchet et Hirchberg. Un cas d'estomac biloculaire syphilitique (*Arch. des Mal. de l'appareil digestif*, juillet 1927, p. 740).
Lemierre. Un cas de maladie grave de l'estomac, probablement syphilitique à aspect cancéreux (*Gazette des Hôpitaux*, 25 février 1931, p. 299).
Caussade et Leven. Syphilis de l'estomac, du pancréas et des poumons (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1er juillet 1929, p. 845).
Dumitresco et Stéfaniou. Syphilis gastrique cause d'une sténose pylorique (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 22 juillet 1929, p. 1049).
Leven. Traitement de la syphilis gastrique (*Presse médicale*, 11 janvier 1930, p. 60).
Petit-Dutaillis et I. Bertrand. Syphilis gastrique simulant le cancer ; biopsie (*Arch. des Mal. de l'App. digestif*, février 1930, p. 109).
Moutier. Fréquence de la syphilis gastrique (*Arch. des Mal. de l'App. digestif*, avril 1930, p. 473.
Le Noir. Syphilis dans l'étiologie de l'ulcère gastro-duodénal (*Arch. des Mal. de l'App. digestif*, avril 1930, p. 470).
Gosset, Gutmann et Ivan Bertrand. Syphilis gastrique infiltrante à forme pseudo-tumorale (*Arch. des Mal. de l'App. dig.*, 22 juin 1930, p. 714).
Discussion à la Société de Gastro-Entérologie : Rapports de la syphilis et de l'ulcère peptique, 1930.
Faroy. Rapports de l'ulcère et de la syphilis gastrique (*Revue critique de Pathol. et Thérap.*, déc. 1930, p. 409).
Langeron. Un cas de syphilis gastrique (*Journ. de Méd. et Chir. pratique*, 25 avril 1931, p. 291).
L. Ramond. Ulcère duodénopylorique d'origine hérédo-syphilitique (*Gazette des Hôpitaux*, 2 juillet 1931, p. 840).
Harris et Morgan. Isolement du tréponème pâle dans une lésion gastrique (*Amer. Journal of Medecine*, 220 et 32, p. 1405).
Landau. Un cas de linite plastique syphilitique (*Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, janv. 1933, p. 12).
Benhamou et Bloumensweig. Un cas de syphilis héréditaire gastrique (*Arch. des Mal. de l'App. dig.*, janvier 1933, p. 33).
Pinard. Diverses formes de la syphilis gastrique (*Revue de Médecine*, Paris, décembre 1933, p. 682).
M. Labbé. *Pathologie médicale*, Masson, éditeur, 1934.
L. Ramond. *Conférence de clinique médicale pratique*, t. XI, 1934, Vigot, éditeur.
Chiray, Chêne et Poirier. Un cas de syphilis gastrique, problème de pratique médicale (*Gaz. Méd. de France*, 1er juin 1934, p. 520).
Garrington. Un cas de syphilis du tractus gastro-intestinal (*Amer. Journ. of Surgery*, juin 1934, p. 834).
Kack. Syphilis gastrique et hérédo-syphilis (*Klinische Woch*, 22 décembre 1934, p. 1829).
Basch, Kiffer et Logeais. Syphilis gastrique héréditaire tardive (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 15 août 1935, p. 661).
Langevin. Un cas de syphilis gastrique à forme de linite (*Arch. des Mal. de l'App. digest.*, mai 1935, p. 307).
Meyer-May et Ho-Dac-Di. Syphilis de l'estomac avec vérifications histologiques (*Bull. de la Soc. Méd. Chir. d'Indochine*, novembre 1935, p. 1308).
Landau et Helt. La syphilis gastrique. *Etude clinique*, Paris 1936.
Uaondo. Les gastropathies des syphilitiques, Masson, éditeur, Paris, 1936.
Ferrabouc, Veyssi et Viala. Ulcère gastrique chez un hérédo-syphilitique avec neurosyphilis (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 20 janvier 1936, p. 38).
Dechambre E., Dechambre S. et J. Nebout. Lésions du type ulcéreux de la grande courbure. Guérison apparente par un traitement spécifique (*Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie Méd. de France*, juillet 1936, p. 702).
Venturini. Contribution à la connaissance de la syphilis acquise médiogastrique (*Revue de Clinique médicale*, 15 septembre 1936, p. 520).
Joltrain. Ulcère de l'estomac et syphilis (*Soc. Franç. de Dermato-syphiligraphie*, 12 novembre 1936).
Savy, Girard et Gounet. Difficulté du diagnostic entre syphilis et cancer gastrique (*Journal Médical de Lyon*, 20 avril 1937, p. 273).
Brasovan. Un cas de syphilis gastrique (*Medicinski Pregled*, juin 1937, p. 110).
Moutier. Origine syphilitique des pseudo-cancers (*Arch. des Mal. de l'App. dig.*, juin 1937, p. 653).
Marc et Sirc. Syphilis gastrique à forme pseudo-néoplasique. Etude clinique et radiographique (*Arch. méd. de l'App. digest.*, t. 28, 1938, p. 813).
Legris. La syphilis gastrique biloculaire (*Thèse Paris*, 1938).
Gutmann, Petit-Dutaillis, Wertheimer et I. Bertrand. Syphilis gastrique avec estomac en sablier (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 24 janvier 1938, p. 97).
Le Noir. Linite plastique d'origine syphilitique (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, février 1938, p. 178).
Soules. Un cas de syphilis héréditaire tardive de l'estomac (*Gaz. Méd. de France*, 15 mars 1938).
Davicovic. La syphilis gastrique (*Presse Médicale*, 18 février 1939, p. 275).
Moutier, Girault et Debray. Pseudo-cancer d'origine syphilitique (*Arch. des Mal. de l'App. dig.*, 1939).
Girault. Syphilis gastrique (*Encyclopédie Méd. Chir.*, 1939).
Grenet, Leven et Pelissier. Syphilis viscérale tardive. Masson, éditeur, Paris, 1940.
Savy P. Traité de thérapeutique clinique. Troisième édition, t. I, 1941.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Jeudi 17 juillet 1941. — 1° Jury : MM. Tiffeneau, Lereboullet, Lemaître, Mocquot. — M. Gillet. Action pharmacodynamique variable des sels d'alcaloïdes. — M. Desmazes. Le sulfamidothiazol (para amino benzène sulfamido thiazol). — M. Nguyen Khac Vien. Des imperforations congénitales de l'œsophage sans communication avec les voies aériennes. — M. Roulin. Contribution à l'étude de la désinfection nasale. — Mme Zelcer. La biopsie d'endomètre dans le diagnostic de la tuberculose génitale. — Mme Medvedeff-Chaillet. Moyens cliniques d'appréciation de l'activité lutéinique en dehors de la gestation.

2° Jury : MM. Gougerot, Lenormant, Laignel-Lavastine, Sureau. — M. Ben Salah. Pathogénie et traitements de l'érythème Pernio. — M. Fedorowicz. Lymphangite tronculaire syphilitique satellite du chancre de la région génitale chez la femme. — M. Boutin. Michel de Nostre-Dame, astrologue, médecin. — — M. Follin. Epilepsies et psychoses discordantes. — M. Couespel. Les bruits du souffle dans la sténose mitrale. — Mme Babicka. Contribution à l'étude des myxomes bénins à propos d'un cas de fybrocytome myxoïde. — Mme Dufau. Etat actuel des problèmes relatifs à l'origine des tumeurs du testicule. Les tumeurs de la glande interstitielle et leur reproduction expérimentale.

Mercredi 23 juillet 1941. — Jury : MM. Abrami, Clovis Vincent, Aubertin, Petit-Dutaillis. — M. Cuénot. Contribution à l'étude du goître métastatique. — M. Najjar. Contribution à l'étude du cancer primitif de la vésicule biliaire. — M. Hulin. Paradontoses pyorrhéiques ou pyorrhées alvéolaires (complexus de Fauchard-Bourdet). — Mlle Aubin. Les tubercules du cervelet.

Jeudi 24 juillet 1941. — 1° Jury : MM. Lereboullet, Lemaître, Delay, Soulié. — M. Jaoui. Le pneumothorax spontané non tuberculeux du nourrisson. — M. Thevenot. Sur la pathologie traumatique de l'épaule au cours des crises convulsives. — Mlle Feuerbach. A propos d'un cas d'érysipèle d'un nouveau-né avec complications gangréneuses et suppuratives.

2° Jury : MM. Tanon, Mocquot, Laubry, Garcin. — Mme Nguyen. L'importance sociale des maladies rhumatismales. — M. Zwillinger. La réfection de l'urètre chez la femme (opération du professeur G. Marion). — M. Martinez-Ferrera. Etat ménorragique de l'adolescence.

REVUE DE LA PRESSE

Le traitement de la fièvre typhoïde par le shock. — M. Milos Netousek (1). — Les statistiques de l'auteur ont été sensiblement améliorées par cette méthode puisque la mortalité a passé de plus de 9 % à 5,5 % environ.

L'auteur le considère comme plus actif que la balnéothérapie classique qui n'est, à son avis, qu'un shock atténué, que la vaccinothérapie, en particulier les autovaccins souvent exagérément brutaux.

L'auteur emploie par voie intraveineuse un hétérovaccin, le plus souvent un vaccin anticolibacillaire qu'il injecte au plus une fois tous les deux jours à des doses qui varient avec la forme clinique, la période de l'évolution et la réaction du malade.

On peut traiter le malade dès la première semaine avec l'heureuse fortune de voir parfois l'évolution tourner court après une seule injection. Le plus souvent, c'est pendant la 2e ou même la 3e semaine que le traitement est appliqué ; la posologie doit alors être plus prudente. Les rechutes sont justiciables du même traitement que l'affection à son début. Dans 10 % des cas, l'auteur a obtenu la guérison par une seule injection. Cette médication est contre-indiquée dans les formes hyperfébriles, au cas de complications graves, chez les vieillards et à la période ultime de la maladie.

(1) *Zentralblatt f. innere Medizin*, 20 avril 1940.

R. L.

Les troubles cardiovasculaires dus à une alimentation qualitativement insuffisante. — M. August Meyer (1). — On craint, en général, davantage pour l'appareil circulatoire les contre-coups d'une alimentation surabondante que d'une alimentation insuffisante. On connaît les œdèmes par inanition dus à une ration protéique insuffisante ; on connaît aussi l'insuffisance cardiaque par avitaminose B_1. Une ration insuffisante en aliments calorifiques amène de l'hypotension, de la bradycardie, l'atrophie de la fibre myocardique ; la ration insuffisante en protéines, de l'anasarque, des épanchements séreux, de l'œdème pulmonaire qui aggravent dangereusement les insuffisances cardiaques ou rénales préexistantes.

Dans sa forme aiguë l'avitaminose B_1 donne des troubles circulatoires aigus avec dilatation du ventricule droit ; dans les formes moins brutales on rencontre, plus ou moins prononcés, en même temps que des signes fonctionnels, les œdèmes du béri-béri.

L'action sur la tension de la vitamine B_1 est bien connue cliniquement et expérimentalement ; l'auteur étudie plus particulièrement l'action de la vitamine B_1 sur le cœur, sur le rein et surtout sur les transformations des acides aminés. En dehors des facteurs exogènes producteurs d'œdèmes par leur action sur le rein, des facteurs endogènes agissent dans le même sens sur ce viscère ; la vitamine B_1 est du nombre et l'on doit tenir compte, en sus, d'un facteur constitutionnel propre au sujet et agissant par l'intermédiaire de l'édification de la vitamine B_1.

(1) *Zentralblatt f. innere Medizin*, 14 octobre 1939.

R. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 7 juillet 1941

Les rickettsies des fièvres exanthématiques et leurs formes d'évolution. — MM. Paul Giroud et René Panthier.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 5 aout 1941

Projet d'arrêté concernant les vaccinations. — M. Tanon, au nom de la commission des vaccins, présente le projet envoyé pour avis à l'Académie par le Ministère de la Santé Publique. Cet arrêté comprend des dispositions générales qui sont conformes à celles que tous les médecins ont l'habitude de prendre ; des dispositions spéciales concernant : 1° la vaccination antidiphtérique et antitétanique ; 2° la vaccination antitypho-paratyphoïdique ; 3° la vaccination associée triple. Dans tous les articles, il est donné des indications sur l'âge, les précautions à prendre, les catégories et le choix des vaccins. Une technique est indiquée à la fin de l'arrêté, qui permet aux médecins d'effectuer leurs opérations en toute sécurité.

Les vaccins ou anatoxines proviendront de l'Institut Pasteur, mais d'autres pourront être employés après avis du directeur régional de la Famille et de la Santé.

Sur le pouvoir postphylactique chez le lapin, des pommades antisyphilitiques. — MM. A. Bassemans et A. Denos (note présentée par M. Levaditi). — Des observations faites, il résulte que :

1° S'il est avéré, d'une part, que les composants spécifiques des pommades antisyphilitiques de Metchnikoff-Roux, de Gaudncheau et de Schereschewski (20 et 40 % de monochlorhydrate de quinine) possèdent *in vitro* une action tréponémicide effective en peu de minutes et que seuls ceux des deux premières révèlent une protection antéphylactique plus durable que les excipients contre la syphilisation du lapin par la muqueuse intacte du globe oculaire, il apparaît que, grâce à leurs produits antimicrobiens, ces trois pommades, et surtout la première, exercent dans les mêmes conditions et pendant le premier quart d'heure, un certain pouvoir postphylactique.

2° Ces vertus antéphylactique et postphylactique n'étant pas absolues, ces vertus n'empêchant pas, en outre, la syphilisation occulte ni la métastase clinique malgré l'absence de lésions locales, il faut se garder, même en cas d'utilisation et de comportement irréprochables, d'accorder trop de confiance, en prophylaxie antisyphilitique humaine, aux topiques appliqués tant avant qu'après les rapports suspects, encore qu'en raison de la différence d'espèce, de la moindre adhésivité des pommades à la muqueuse oculaire et de l'élimination de nombreux tréponèmes par les larmes, la comparaison soit imparfaite entre le mode opératoire chez le lapin et le mécanisme de la contamination naturelle chez l'homme.

Etude comparative des rapports et équilibres alimentaires caractérisant le lait de vache, le lait de femme (alimentation normale du nourrisson) et la ration équilibrée normale de l'adulte. — Mme L. Randoin a déterminé, d'une manière aussi précise et aussi détaillée que possible, la composition du lait de vache, aliment qui joue un très grand rôle dans l'alimentation des habitants de notre pays. Puis, elle a calculé les rapports et équilibres alimentaires qui caractérisent ce lait de vache. Enfin, elle a comparé cette composition, ces rapports et équilibres spécifiques, d'une part, avec ceux du lait de femme, d'autre part, avec ceux de la ration équilibrée normale de l'adulte.

Mme Randoin a pu démontrer ainsi :

1° Que le lait de vache pur, utilisé pour remplacer le lait de femme, est trop riche en matières albuminoïdes (protides), en éléments minéraux proprement dits, surtout en chaux et en phosphore, en vitamines B ; il est trop pauvre en lactose (glucides), en oligo-éléments minéraux (fer, cuivre, zinc, etc.), en vitamines C, A et en caroténoïdes ; enfin, qu'il laisse dans l'organisme trop de restes alcalins.

2° Que le lait de vache pur, utilisé comme nourriture exclusive d'un adulte, est trop riche en matières albuminoïdes, en phosphore, potassium, magnésium, calcium, en vitamines B ; qu'il est trop pauvre en sucres (glucides), en chlore et sodium, en fer, cuivre, zinc, etc., en caroténoïdes ; qu'il laisse trop de restes alcalins dans l'organisme.

En conséquence, bien que sa valeur nutritive soit remarquable, *le lait de vache ne peut, sans inconvénient, constituer une nourriture exclusive, pendant un long temps*, à aucun âge de la vie, en aucune circonstance. Mais, complété, bien équilibré, bien adapté, il est vraiment un aliment très précieux, et Mme Randoin doit publier prochainement, avec chiffres à l'appui, comment le lait peut être utilisé rationnellement dans l'alimentation humaine, à tous les âges.

B. C. G. — M. Guérin présente une note de M. Lecoutre sur la mortalité générale comparée des enfants vaccinés au B. C. G. et des enfants non vaccinés, relevant d'une caisse de secours mutuels, à Liévin (Pas-de-Calais).

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 juillet 1941

Hémopathie benzolique. Action du 693 sur la fièvre. — MM. Debray, A. Domart, A. Dauset et L. Fressinaud. — Homme de 45 ans, travaillant au milieu de vapeurs de benzol, entre à l'hôpital en état de prostration (fièvre à 40°). Les auteurs, comme traitement, emploient le 693. Après deux jours, la température tombe à 36°8. Deux poussées thermiques ultérieures, sont réduites comme la première. Le 693 n'a pas eu d'action fâcheuse sur le chiffre des granulocytes. L'apyrexie a bien paru ralentir l'évolution de la maladie et donner le temps aux autres thérapeutiques d'agir utilement.

Myxœdème de la ménopause 15 ans après une thyroïdectomie pour maladie de Basedow. — MM. Derot, Goury-Laffont, Triat. — La malade a subi, en 1923, une thyroïdectomie pour maladie de Basedow dont les effets furent très favorables pendant plusieurs années. En 1938, s'installent des symptômes d'infiltration cutanée, de ralentissement physique et psychique, tandis que le métabolisme de base s'abaisse à 11 %. La ménopause a

lieu à la même date. Les auteurs envisagent l'existence d'un mécanisme peut-être hypophysaire dont le dérèglement au moment de la ménopause entraîne l'apparition du myxœdème.

Pneumothorax spontané chronique chez un tuberculeux fibreux de 58 ans. Occlusion thérapeutique de la perforation pulmonaire par la méthode pleuroscopique. — MM. Guy Albot, Pigeon et Loiseau. — Observation d'un pneumothorax spontané chronique, sans épanchement, avec dyspnée et cyanose chez un malade âgé tuberculeux bacillifère ainsi que la pleuroscopie et l'évolution l'ont montré. La pleuroscopie a permis de pratiquer dans la perforation pulmonaire des injections de chlorhydrolactate double de quinine et d'urée à 30 %. A la suite de ce traitement, le pneumothorax se résorba rapidement, les signes fonctionnels disparurent et le poumon comprimé laissa voir une cavité du sommet droit. Le pneumothorax fut alors entretenu artificiellement.

Polypose rectocolique généralisée essentielle. Colectomie datant de 2 ans. — MM. Hillemand, J. Charrier et R. Génévrier. — Observation d'une jeune fille atteinte de cette affection depuis 1934. Les auteurs ont eu recours à la technique opératoire préconisée par l'un d'eux avec R. Bensaude et P. Augier. A savoir, nettoyage par l'électrocoagulation de tous les polypes recto-sigmoïdiens en remontant jusqu'à 24 cm. Puis, iléo-sigmoïdostomie en plaçant la bouche au niveau de la zone ainsi traitée ; enfin colectomie totale. La malade opérée depuis deux ans, présente un excellent état.

Un examen radiologique a montré une distension du moignon sigmoïdien au niveau duquel se voient quelques polypes. Les auteurs insistent sur la transformation de la malade et sur le fait qu'une intervention précoce avec une technique bien réglée permet un pronostic très favorable.

Les manifestations tardives de la gonococcie du nouveau-né. — M. Ribadeau-Dumas, Mlle Rist et M. Bouillé. — Parmi les infections du nouveau-né dont l'intérêt est leur aspect clandestin, leur gravité par suite de leur action fâcheuse sur la croissance et chez les débiles, il faut signaler la gonococcie. L'ophtalmie purulente ne se rencontre guère avec un caractère grave, mais une place doit être faite à la rhino-pharyngite, à l'arthrite gonococciques, à l'anorectite et à l'urétrite à gonocoques. Le traitement par les sulfamides donne à une maladie rebelle une terminaison favorable.

Cancer bronchique avec bronchectasie chez un tuberculeux. — MM. Ameuille et Lemoine. — Observation d'un tuberculeux chez lequel on fit le diagnostic de cancer de la bronche inférieure droite à cause de l'apparence radiologique, de la cachexie et du catarrhe sans rapport avec l'importance minime des lésions tuberculeuses chez un homme de 64 ans.

L'autopsie démontra la réalité du cancer bronchique surajouté. On trouva aussi des bronchectasies sur les bronches en amont du cancer. Celles-ci n'avaient pu être diagnostiquées le lipiodol n'avant pu arriver jusqu'à elles.

Leur cause paraît être l'oblitération de l'artère bronchique que l'on voit à l'exclusion des autres éléments vasculaires de la paroi.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 14 juin 1941

Evolution de la grossesse extra-utérine chez la lapine castrée. — M. R. Courrier rappelle que chez la lapine le corps jaune gestatif est rigoureusement indispensable jusqu'à l'accouchement, la castration interrompant chez elle la grossesse à tout moment. Or, l'auteur, ayant pu réaliser expérimentalement la grossesse abdominale chez la lapine, a vu que dans ce cas l'ovaire n'est plus indispensable à l'évolution de la gestation. La grossesse extra-utérine ne nécessite pas l'équilibre endocrinien qui est indispensable à la gestation intra-utérine.

Action de la progestérone chez la souris mâle castrée. — MM. R. Courrier et H. Bennetz signalent que la progestérone n'a pas d'action androgène chez la souris. Il est possible que le récepteur mâle permette d'établir une distinction entre la prégnénilolone et la progestérone.

Troubles de l'absorption des graisses par empoisonnement iodo-acétique. Rôle de l'insuffisance surrénalienne. — MM. A. Giroud, A.-R. Ratsimamanga et H. Chalopin retrouvent chez le cobaye les troubles de l'absorption des graisses par empoisonnement à l'acide iodo-acétique constatés antérieurement chez le rat et pensent qu'il doit s'agir là aussi, de répercussion de troubles fonctionnels de la surrénale. L'hormone corticale elle-même semble atteinte par cet empoisonnement, aussi bien à sa production qu'au niveau de ses points d'impact.

Troubles de l'absorption des graisses au cours de la carence en vitamine C. Nouvelles preuves de l'insuffisance surrénale. — MM. A. Giroud, A.-R. Ratsimamanga et H. Cha-

LOPIN, en corrélation avec l'existence d'une insuffisance surrénale au cours du scorbut, y ont trouvé une perturbation de l'absorption des graisses comme il en existe après surrénalectomie ou empoisonnement iodo-acétique. L'administration d'hormone corticale suffit à rétablir le fonctionnement normal.

Sur le rôle de quantités infinitésimales de cuivre dans l'atténuation des activités enzymatiques des venins de « vipera aspis » et de « naja triprudians » par le peroxyde d'hydrogène. — M. P. BOQUET.

Résultats immunologiques comparatifs obtenus chez l'homme au moyen du vaccin triple associé « antidiphtérique-antitétanique-antityphoparatyphoïdique » préparé selon deux formules différentes. — MM. G. RAMON, A. BOIVIN, A. LAFFAILLE et E. LEMÉTAYER, dans le but de réduire le plus possible les réactions vaccinales, ont établi une formule de vaccin triple associé qui se distingue de la formule jusqu'ici utilisée par l'adjonction de formol et aussi par une moins grande teneur en corps microbiens typho-paratyphiques. Les contrôles effectués ont permis de se rendre compte que l'on peut, sans inconvénient pour la valeur des immunités conférées, employer ce vaccin triple associé de formule nouvelle.

Sur la réversion de la forme rugueuse (Rough) en forme lisse (Smooth) et sur la stabilité des types sérologiques (antigène O) chez les « Salmonella ». — M. BOIVIN.

Sur la complexité de la structure antigénique (antigènes somatiques) du bacille typhique. — M. A. BOIVIN signale que, selon les souches, on pourrait rencontrer, chez le bacille typhique (variante lisse), soit seulement de l'antigène O libre, soit seulement de l'antigène V_1 libre, soit les deux antigènes simultanément présents sous la forme de complexes glucido-lipidiques distincts ou d'un complexe glucido-lipidique unique.

Recherches sur le chimiotactisme leucocytaire. Etude « in vivo » du pouvoir chimiotactique exercé par des polysaccharides, des glycoprotéines et des sucres divers. — MM. A. DELAUNAY et R. SARCIRON.

Le développement de l'antitoxine spécifique chez les bovidés soumis aux injections d'anatoxine staphylococcique seule ou additionnée d'alun de potassium. — MM. R. RICHOU, HOLSTEIN et J. RENAULDON.

Etude expérimentale des variations du pouvoir pathogène du staphylocoque. Constatations histopathologiques. — MM. R. KOURILSKY et P. MERCIER poursuivant leurs études sur l'exaltation du pouvoir pathogène local du staphylocoque chez le lapin, ont constaté que l'exaltation du pouvoir pathogène est parallèle à l'intensité et à la diffusion du processus inflammatoire déterminé par l'inoculation, que celle-ci ait lieu dans le tissu sous-cutané ou cellulo-adipeux (graisse périrénale), dans le foie, la rate ou le rein.

Retentissement comparé de diverses actions centrales (subordination) sur l'excitabilité sensitive et l'excitabilité motrice. — M. F. CHAUCHARD montre que l'influence des centres se fait sentir sur l'excitabilité sensitive comme sur l'excitabilité motrice : lors des excitations ou des inhibitions centrales, la chronaxie sensitive varie le plus souvent dans le même sens que la chronaxie motrice.

Créatinine et métabolisme musculaire : excrétion urinaire comparée de la créatinine chez les malades mentaux en période de calme et d'agitation. — M. J.-A. GAUTIER a constaté une augmentation considérable de l'excrétion de la créatinine en période d'agitation, ce qui s'accorde avec la thèse selon laquelle la créatininurie est liée aux variations de l'activité musculaire.

Luminescence des formes sénescentes des enterobacteriaceae soumises au rayonnement ultra-violet en présence de thioflavine. — M. Jean-C. LEVADITI signale que ces formes sénescentes ou mortes émettent ainsi un rayonnement secondaire visible, alors que les formes jeunes ne sont généralement pas luminescentes.

Action de la chaleur sur la luminescence des enterobacteriaceae soumises au rayonnement ultra-violet en présence de thioflavine. — M. Jean.-C. LEVADITI n'a pu, par stérilisation par chauffage d'une heure, à 60°, rendre toutes ces bactéries luminescentes à l'ultra-violet en présence de thioflavine.

Le traitement de la pneumonie expérimentale de la souris par les aérosols sulfamidés. — MM. A. LEMAIRE, NITTI et Jean COTTET ont vu un tel aérosol pénétrer jusque dans l'alvéole pulmonaire et être particulièrement efficace.

Action du benzol sur le foie. — MM. M. LŒPER, Jean COTTET et C. TANASESCO ont pu retrouver, non chez la souris, mais chez le cobaye, la toxicité du benzol pour le foie et l'action protectrice de l'hyposulfite de soude.

SÉANCE DU 28 JUIN 1941

Action comparée des injections intraveineuses d'alcool glucosé et de gluconate de calcium sur le redressement de la réserve alcaline. — M. Raoul LECOQ a pu employer par voie intraveineuse d'autres médications que la solution isotonique de bicarbonate de sodium dans les états d'acidose, non plus la solution isotonique de bicarbonate de sodium, mais l'alcool éthylique glucosé chez les délirants aigus de l'alcoolisme et le gluconate de calcium, ce dernier favorisant, d'une manière assez constante, le redressement de la réserve alcaline.

Contribution à l'étude pharmacodynamique de l'aneurine (vitamine B_1). Action sur la conduction et la transmission nerveuse. — M. Paul CHAUCHARD apporte de nouvelles preuves de l'importante activité pharmacodynamique de l'aneurine sur le système nerveux en dehors de toute carence. Cette substance se montre capable de bloquer la conduction dans les troncs nerveux et d'empêcher la transmission neuromusculaire par un mécanisme analogue à celui de l'action de la strychnine (diminution de la chronaxie nerveuse). Le muscle lui-même, normalement insensible à l'aneurine, acquiert une grande sensibilité après dégénérescence de son nerf moteur.

L'acide salicylsulfurique. — MM. M. LŒPER, Jean COTTET et J. PARROD ont cherché à réaliser et ont étudié un sel de sodium dont l'acide est de l'acide salicylique contenant du soufre dans sa molécule. Ce sel s'est montré, chez la grenouille, moins toxique que le salicylate de sodium, et même que l'acétylsalicylate de sodium.

Immunisations associées chez l'animal d'expérience. Leur intérêt pratique et théorique. — MM. G. RAMON et R. RICHOU.

Election. — M. R. GIROUD est élu membre titulaire.

LIVRES NOUVEAUX

Le Cancer, par Simone LABORDE. Un vol. de la collection : *Que Sais-je. Presses Universitaires de France*, Paris 1941.

Ce petit livre, écrit Mme Simone Laborde, s'adresse surtout au public qui s'intéresse aux progrès des sciences biologiques et témoigne à leur égard d'une légitime curiosité. L'auteur se propose de l'instruire, de détruire les légendes, de persuader ses lecteurs qu'il n'y a pas de remèdes secrets et qu'un avis médical, dès l'apparition des premiers troubles, est la méthode qui, seule, peut permettre d'éviter des désastres.

Que désigne-t-on sous le nom de cancer ? Tel est le premier point qu'étudie Mme Laborde, apportant une réponse précise à des questions souvent posées. Elle expose ensuite les conditions de l'évolution du cancer, ses principaux signes, ses méthodes de diagnostic.

Dans une deuxième partie sont étudiées ensuite : l'influence générale des conditions de vie sur l'apparition du cancer, celle des propriétés constitutionnelles, celle des propriétés acquises par l'organisme, celle des facteurs locaux. Enfin, sont rappelées les recherches expérimentales et les hypothèses sur l'origine du cancer et notamment d'hypothèse de l'existence d'une mutation cellulaire.

Une troisième et dernière partie est consacrée aux traitements du cancer, à la chirurgie, aux rayons X, au radium. La grande expérience que tout le monde reconnaît à Mme Laborde lui permet de mettre au point avec une particulière autorité cette question du traitement. Elle la complète par une histoire de la lutte contre le cancer menée avec patience et méthode par les instituts du cancer, créés en France à l'instigation de Bergonié. Enfin, elle expose la situation des centres hospitaliers de traitement, à la tête desquels sont deux importants instituts de traitement et de recherches scientifiques, l'Institut du Radium, fondé par C. Regaud et dirigé par M. Lacassagne et l'Institut du Cancer dirigé par G. Roussy.

Est-il besoin de rappeler que c'est dans ce dernier Institut que Mme Laborde a pu mener à bien ses plus belles recherches.

Les avis qu'elle nous apporte aujourd'hui sont donc basés sur une exceptionnelle documentation. Ils donnent à son livre une valeur qui sera appréciée autant par les médecins que par le public auquel elle s'adresse.

F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
BÉNERVA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Aneurine cristallisée* *(Vitamine B_1)* Amp. 1 cm³ (2 mg) : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ (10 mg) : 1 p. j. Comp. 1 mg. : 2 à 4 p. j.	B_1-Hypovitaminoses Surmenage, Algies, Polynévrites, etc.
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
GLOBINOFER "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Tryptophane-histidine* *glob. fer, cuivre, manganèse* Comp. Adultes : 6 par jour Enf. : 4 par jour. Nour. : 2 p. j.	Toutes les anémies
HÉMOSTRA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Tryptophane-histidine* Amp. 5 cm³ : 1 p. j. ss.-cut. ou intram. Amp. 2 cm³ 5, 1 p. j. ss.-cut. Amp. 1 cm³ : 1 p. j. intrad.	Anémies graves Déficiences, Angor

Nos 67-68. — 20-23 AOUT 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — LE CONCOURS DE L'INTERNAT s'ouvrira le mardi 7 octobre 1941, à 9 heures, à la salle Wagram, 39, avenue de Wagram (métro Etoile ou Ternes). Inscriptions à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de Santé), du 1er au 13 septembre inclusivement.

Faculté de Médecine de Paris. — La chaire de bactériologie de la Faculté de Médecine de Paris est déclarée vacante (dernier titulaire : prof. Debré). La chaire d'hygiène et clinique de la première enfance de la Faculté de Médecine de Paris est déclarée vacante (dernier titulaire : prof. Lereboullet).

Un délai de vingt jours, à dater du 6 août 1941, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Faugère, agrégé libre près la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux est nommé professeur sans chaire, à dater du 1er juin 1941.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Par décret, en date du 11 août 1941, M. Serge HUARD, secrétaire général de la Santé, est nommé *Secrétaire d'Etat* à la Famille et à la Santé, en remplacement de M. Jacques Chevalier, dont la démission pour raison de santé, a été acceptée. (*J. O.*, 14 août 1941.)

Sont nommés au cabinet du Secrétaire d'Etat :

Directeur : M. Paul Haury, inspecteur général de l'enseignement secondaire ; chef de cabinet : M. le Dr Vidal, directeur régional de la Famille et de la Santé ; chef-adjoint : M. le Dr Pierre Theil, inspecteur de la santé ; chef du secrétariat particulier : M. le Dr Collesson, ancien interne des hôpitaux et ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Nancy ; chargé de mission : M. Georges Duvernoy, préfet honoraire, secrétaire général de la Préfecture de la Seine et du protectorat du Maroc. (*J. O.*, 15 août 1941.)

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Deguiral, médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Aveyron, est affecté, en la même qualité, dans le département de la Haute-Garonne, en remplacement de M. le Dr Villiet, appelé à d'autres fonctions. (*J. O.*, 5 août 1941.)

M. le Dr Roca, médecin inspecteur adjoint de la santé des Pyrénées-Orientales, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 16 juillet 1941.

Est rapporté l'arrêté du 6 mai 1941 nommant M. le Dr Ruff, médecin inspecteur adjoint de la santé de la Creuse.

Sont nommés médecins inspecteurs adjoints de la santé de 3e classe, et affectés dans les départements suivants :

M. le Dr Rogez, dans le département du Pas-de-Calais.

M. le Dr Guldner, dans le département de la Loire.

M. le Dr Fonroget, dans le département de la Drôme, en remplacement de M. le Dr Violet, appelé à d'autres fonctions.

M. le Dr Moncenix, dans le département de la Drôme, en remplacement de M. le Dr Filippi, non installé. (*J. O.*, 10 août 1941.)

DIRECTIONS RÉGIONALES. — Le territoire de Belfort est rattaché à la région dans laquelle M. le Dr Lelong, directeur régional de la Famille et de la Santé, exerce ses fonctions.

CONSEIL DE PERFECTIONNEMENT DES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES ET D'ASSISTANTES SOCIALES. — MM. les Drs Delafontaine, médecin inspecteur de l'enseignement de la Croix-Rouge française, et Renaudeau, délégué de Médecine et Famille, sont nommés membres de ce Conseil. (*J. O.*, 13 août 1941.)

Comité consultatif d'hygiène de France. — M. le Prof. Gaston Ramon, membre de l'Académie de Médecine, directeur honoraire de l'Institut Pasteur et directeur de l'Institut Pasteur de Garches et M. le Dr André Boivin, membre de l'Académie de Médecine, chef de service de l'Institut Pasteur de Garches, sont nommés membres du Comité consultatif d'hygiène de France et conseillers techniques sanitaires de sérologie d'immunologie auprès du secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé.

(*J. O.*, 11 août 1941.)

Déclaration obligatoire des maladies contagieuses. — Un décret en date du 26 juillet 1941, paru dans le *Journal Officiel* du 10 août 1941, ajoute la *psittacose humaine*, sous le n° 19, à la liste des maladies contagieuses à déclaration obligatoire.

Elle figurera sur le carnet des déclarations suivie des lettres C et T comme devant donner lieu à la désinfection en cours de maladie et à la désinfection terminale.

Institut de Médecine Coloniale de la Faculté de Médecine de Paris. — L'Institut de Médecine Coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales. La session de 1941 commencera le 3 octobre et sera terminée le 20 décembre.

Diplome. — A la fin des cours de la session, les élèves subissent un examen en vue du diplôme de : « Médecin colonial de l'Université de Paris ».

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de Médecine (Ecole pratique, 15 rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique : MM. Bouffard, L.-Ch. Brumpt, Coutelen, Darré, Desportes, Dopter, Lavier, Tanon. — *Parasitologie* : M. E. Brumpt. — *Bactériologie* : M. Gastinel. — *Ophtalmologie* : M. Velter. — *Hygiène et épidémiologie exotique* : MM. H. Bénard, Bouffard, Langeron, Lemierre, Pozerski, Tanon. — *Maladies cutanées* : M. Gougerot. — *Chirurgie des pays chauds* : M. Lenormant. — *Règlements sanitaires* : M. Tanon. — Chefs de travaux : M. le Dr Navarre : *Diagnostics bactériologiques* ; M. le Dr Bonnet : *Technique bactériologique* ; M. le D L. Brumpt : *Parasitologie*.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique. L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux. L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté. L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis et à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de Médecine Coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de Médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés Françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 150 francs ; un droit de bibliothèque, 90 fr. ; droits de laboratoires (parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 1.500 fr. ; deux examens gratuits. Le cours n'aura lieu que s'il y a un nombre minimum de 30 élèves.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

Nécrologie

On annonce la mort, à l'âge de 87 ans, du professeur Paul Sabatier, doyen de la Faculté des Sciences de Toulouse. L'illustre chimiste, à qui l'on doit des travaux sur la catalyse en chimie organique admirés dans le monde entier, était Grand Officier de la Légion d'honneur. Membre de douze académies, docteur *honoris causa* de cinq universités, il avait reçu les plus hautes distinctions et notamment, en 1912, le prix Nobel de chimie. L'ouvrage de Sabatier sur la catalyse a été traduit dans toutes les langues. Il a eu notamment deux éditions en France et deux éditions en Allemagne.

Le Dr Jean Auriac, professeur agrégé de physique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

— Le Dr Georges Marquet, médecin lieutenant au 32e bataillon de chars, mort pour la France, le 15 mai 1940.

— Le Dr Faure-Esmiol (au golfe Juan).

— Le Dr Bernard (à Nyons).

— Le Dr Descos, ancien médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

CHRONIQUE

Le docteur Félix Lobligeois, martyr de la science reçoit la plaque de Grand-Officier de la Légion d'honneur

Notre bien cher confrère, le Dr Félix Lobligeois, électro-radiologiste honoraire des hôpitaux de Paris, vice-président du Conseil municipal, vient de recevoir la plaque de Grand-Officier de la Légion d'honneur. La remise lui en a été faite par le général Mariaux, gouverneur des Invalides, à l'hôpital Marmottan, où Lobligeois vient de subir, avec son stoïcisme habituel, l'amputation de son second bras. M. Serge Huard, secrétaire d'Etat, M. Magny, préfet de la Seine, et M. Serge Gas, directeur général de l'Assistance Publique étaient présents.

Le maréchal Pétain, chef de l'Etat a adressé un message personnel à Lobligeois qui, malgré ses souffrances, n'a jamais cessé de montrer les plus hautes vertus morales, civiques et professionnelles.

Nous adressons à notre ami l'expression de notre admiration et des vœux que forme pour lui notre vieille et fidèle amitié.

F. L. S.

Ordre National des Médecins

Conseil Supérieur de l'Ordre
60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e)

(*Communiqué*)

Au cours de la 9e session, le Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins a examiné les réclamations de certains membres du Corps Médical à la suite d'un communiqué paru dans la presse, attribué au secrétaire d'Etat au Travail et au secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé : il s'agissait d'un prétendu accord du Conseil Supérieur avec les Caisses d'Assurances Sociales pour la fixation de tarifs maxima.

Le Conseil Supérieur donne les précisions suivantes :

L'interprétation qui a été faite de ce communiqué n'est pas exacte. Il est bien entendu que la fixation d'un tarif maximum ne peut être établie que pour certains actes déterminés, pour un temps limité, sur l'initiative et avec l'accord des Conseils départementaux qui sont, à cet égard, libres de leur décision.

Le Conseil Supérieur profite de cette occasion pour mettre en garde le Corps Médical contre la diffusion d'informations qui n'ont pas été vérifiées aux sources.

Il a poursuivi l'étude pratique de la mise sur pied du projet d'entr'aide et de prévoyance corporatives, dont on peut espérer maintenant la réalisation prochaine.

Il s'est attaché, en outre, entr'autres questions, à l'étude de la mutualité et des assurances sociales dans leurs rapports avec la médecine.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

REMARQUES SUR L'ASSOCIATION DES SUPPURATIONS DE L'OREILLE DU NOURRISSON AVEC UN ÉTAT GRAVE DE DÉNUTRITION OU UN SYNDROME CHOLÉRIFORME

par A.-B. Marfan
Membre de l'Académie de Médecine

Aux mois de juin et juillet derniers, la *Société de pédiatrie de Paris* a entendu plusieurs rapports sur l'association des oto-mastoïdites du nouveau-né et du nourrisson avec un état grave de dénutrition ou un syndrome cholériforme (1). Il s'agit là de faits qui doivent retenir l'attention, car de leur interprétation découle la conduite à tenir pour le traitement.

Nous voudrions présenter quelques remarques à ce sujet.

Et d'abord un court rappel d'historique. Il n'est peut-être pas sans intérêt de connaître par quels états d'esprit nous avons passé sur cette question.

Ce n'est pas une notion nouvelle que celle de la fréquente coexistence chez le nouveau-né et le nourrisson des suppurations de l'oreille et des troubles de la digestion, des états de dénutrition ou des symptômes généraux plus ou moins graves. Dès 1869, Parrot l'avait signalée à la *Société Médicale des Hôpitaux* et, en 1877, dans sa description de l'athrepsie, il avance que la présence du pus dans l'oreille est si fréquente dans cet état qu'on doit considérer l'otite comme en étant une manifestation habituelle. Il rappelle qu'à son instigation, deux de ses internes, Baréty et Joseph Renaut, ont étudié l'anatomie pathologique de l'otite des athrepsiques (1869). Il ajoute qu'avant lui, en 1856, Tröltsch (de Wurtzbourg) avait signalé la fréquence d'un catarrhe purulent de l'oreille chez les jeunes enfants.

Après ces premières recherches, la question a été l'objet de quelques travaux intéressants. Mais il faut reconnaître, que jusqu'aux retentissantes communications de M. Maurice Renaud, en 1921, elle n'a pas beaucoup retenu l'attention des pédiatres ni celle des otologistes.

Parmi ces travaux antérieurs à 1921, je crois devoir signaler celui de M. Veillard, paru en 1899. M. Veillard était externe dans le service de M. Grancher que je suppléais. Il me demanda de lui indiquer un sujet de thèse. Sachant qu'il fréquentait la clinique de Lubet-Barbon et qu'il désirait se spécialiser en oto-rhino-laryngologie, je lui suggérai d'étudier les otites des nouveau-nés et des nourrissons dont j'avais constaté la fréquence. Il consacra plusieurs mois à cette étude et en exposa le résultat dans sa thèse qui a pour titre : « *Contribution à l'étude des otites du nouveau-né et du nourrisson, en particulier des états spéciaux de l'oreille moyenne qu'on trouve à leur autopsie.* » Ce travail contient des faits intéressants. On y trouve décrit ce qu'on a appelé la maturation de l'oreille du nouveau-né dont M. Le Mée a parlé dans son rapport, M, Veillard montre que, chez les débiles, cette maturation est souvent retardée et incomplète, ce qui favorise la culture des microbes dans l'oreille moyenne. Il fait voir que l'on trouve parfois du pus dans la caisse alors que la muqueuse qui la tapisse est intacte, ce qui le conduit à penser que, dans ce cas, le pus ne s'est pas formé dans l'oreille moyenne, mais qu'il y a pénétré par la trompe venant du rhino-pharynx. Enfin il décrit l'otite vraie des nouveau-nés et des nourrissons.

Mis journellement au courant de ses recherches, j'ai pensé avec lui que l'otite suppurée, si fréquente chez les hypothrepsiques et les athrepsiques, est due à une infection secondaire, favorisée, chez le jeune enfant, par tout un ensemble de facteurs conjugués : *la disposition de la trompe, le défaut de résistance dû à l'état de dénutrition, le décubitus dorsal prolongé, le séjour dans le milieu hospitalier.*

Ce qu'il faut signaler maintenant, c'est que, dans ces travaux antérieurs à 1921, deux tendances opposées se manifestaient déjà sur la question des rapports qui unissent l'otite aux troubles de la digestion, de la nutrition et de l'état général.

Les uns pensaient, comme M. Veillard et moi-même, que la suppuration de l'oreille moyenne est due à une infection secondaire favorisée par les conditions que je viens d'indiquer. Göppert lui aussi admettait que l'otite est la conséquence des troubles digestifs ; mais il l'attribuait exclusivement aux vomissements qui font pénétrer dans l'oreille par la trompe des caillots de lait porteurs de microbes.

D'autres, au contraire, n'hésitaient pas à avancer que c'est l'otite moyenne qui est la cause des troubles de la digestion et de l'état de dénutrition ; c'est ce que soutinrent Simmonds et Ponfick en 1896 et surtout Barbillon en 1903. Pour eux, l'otite moyenne des nourrissons est capable à elle seule de déterminer une diarrhée plus ou moins grave et un état de dénutrition, soit par l'intoxication ou l'infection générale qu'elle détermine, soit par l'ingestion de pus qui, au moment de la toux, soit par la trompe, tombe dans le pharynx et est dégluti. Les partisans de cette manière de voir n'allaient pas jusqu'à sa conclusion logique qui est l'intervention chirurgicale. C'est sans doute parce qu'à cette époque, la chirurgie de l'oreille et de la mastoïde faisait à peine ses premiers pas.

C'est en 1921 que M. Maurice Renaud soutînt qu'il n'y a qu'une cause d'hypothrepsie et d'athrepsie chez le nourrisson, l'oto-mastoïdite suppurée, et en tira tout de suite cette conséquence que le seul traitement de l'athrepsie c'est la paracentèse du tympan, laquelle doit être le plus souvent complétée par la trépanation du rocher.

Alors s'ouvre une phase nouvelle de la question, marquée surtout par les communications de M. Ribadeau-Dumas et M. Ramadier (1936), et par les rapports présentés récemment à la *Société de Pédiatrie.*

Je voudrais dire quelles réflexions suggèrent ces travaux.

Il y a des cas où le traitement chirurgical de l'otite et de la mastoïdite a des effets tout à fait remarquables ; il améliore les troubles de la digestion, guérit l'état toxique et arrête la dénutrition. Il est donc démontré — et c'est là un progrès — qu'en certains cas, l'otite ou l'oto-mastoïdite est la cause des troubles de la digestion et de l'état général. Mais il est d'autres cas (environ la moitié, d'après les statistiques qui nous ont été rapportées) où, bien que l'intervention ait été pratiquée assez tôt, son résultat est incomplet ou nul. J'incline à penser qu'on doit appliquer aux cas de ce dernier groupe la pathogénie que j'avais acceptée d'après le travail de M. Veillard, et considérer l'otite ou l'oto-mastoïdite comme produite par une infection secondaire dont le développement est favorisé et dont l'évolution est régie par des troubles antérieurs de la digestion et de l'état général.

Même lorsque l'otite paraît primitive, je me demande si les conditions antérieures du sujet n'interviennent pas dans la genèse des accidents. Voici ce qui m'inclinerait à le penser. D'après ce que j'ai observé, cette association de l'otite moyenne suppurée avec ou sans antrite, avec ou sans mastoïdite, et de syndromes cholériformes ou d'états de dénutrition grave, cette association s'observe surtout à l'hôpital ; elle est très rare dans la pratique de la ville ; il m'a paru aussi qu'elle ne se rencontre guère que chez des nourrissons à l'allaitement artificiel et qu'elle est exceptionnelle chez les enfants au sein.

Autre remarque. Durant les premières années de mon séjour à l'Hospice des Enfants-assistés, j'ai observé de nombreux cas d'athrepsie et de diarrhées cholériformes. Pendant les dernières, ces deux états avaient presque disparu et je n'avais que très rarement l'occasion d'en montrer des cas aux élèves. Ce changement s'est opéré sous l'influence des modifications apportées au régime alimentaire des pensionnaires de nos nourriceries. Après qu'il a

---

(1) Grenet et L'Hirondel, Ribadeau-Dumas et Chabrun, Le Mée et Tran-Hu (10 juin) ; J. Cathala, Deglos et Saint-Girons (24 juin). (Voir *Gaz. Hôp.*, nos 53-54, p. 550.)

été accompli, les suppurations de l'oreille y ont été observées avec la même fréquence que par le passé ; elles y apparaissaient souvent comme des complications du coryza diphtérique, de la rougeole, de la coqueluche, de la broncho-pneumonie ; mais elles ne s'accompagnaient que par exception de troubles sérieux et durables de la digestion et de la nutrition. Il y a donc des otites des nourrissons qui ne se compliquent ni de syndromes cholériformes ni d'états de dénutrition ; et cela montre tout au moins que l'association des premières et des seconds n'est pas obligatoire.

Je crois enfin devoir poser une question. L'existence d'une otite diphtérique a été signalée par certains auteurs, en particulier par moi-même avec M. Chevalley. Je lui ai consacré une étude dans ma *Clinique de la première enfance* (première série, 2e édition, 1931, p. 313). Tantôt cette otite accompagne un coryza de même nature ; tantôt elle est en apparence isolée et primitive. Sachant que la diphtérie du nouveau-né et du nourrisson, quelle que soit sa localisation, détermine souvent un état d'hypothrepsie plus ou moins grave et se complique parfois d'un syndrome cholériforme, on est conduit à se demander si l'association « otite-syndrome cholériforme », ou l'association « otite-hypothrepsie sérieuse », ne serait pas quelquefois en relation avec la présence du bacille de la diphtérie dans le pus de la caisse du tympan. Pour s'en assurer, il faudrait ensemencer systématiquement sur les milieux appropriés le pus de toutes les otites, même de celles qui sont d'apparence commune, même de celles qui ne sont pas associées à d'autres manifestations éveillant l'idée de diphtérie. Si on obtenait un résultat positif, on ne devrait pas recourir à l'intervention chirurgicale sans avoir essayé la sérumthérapie. Le résultat de celle-ci pourrait apporter quelque clarté sur le problème que je pose.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Les vitamines en neuro-psychiatrie

par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Récemment, M. Degos passait en revue les indications des vitamines en dermatologie (1). Pourquoi ne pas tenter d'entreprendre le même travail pour la neuro-psychiatrie? Supposant donc comme connues les propriétés générales de ces substances, la nécessité absolue, sur laquelle ont encore insisté Mme L. Randoin et M. R. Lecoq (*Bulletins de l'Académie de Médecine*, nos 15 et 16, 1941, p. 429-434 et 483-488), d'un équilibre alimentaire parfait (Mc Collum), comme cette notion (R. Lecoq) d'après laquelle les syndromes avitaminiques peuvent être dus, non seulement à la carence d'une ou de plusieurs vitamines, mais encore à toutes sortes de déséquilibres alimentaires, nutritifs ou humoraux, s'intriquant les uns les autres, nous allons entrer aussitôt dans le vif du sujet.

***

Pour la vitamine A, elle est, par définition, indiquée dans la *xérophtalmie* évidente ou latente, et alors mise en évidence par l'examen de l'œil au biomicroscope (G. Mouriquand et ses collaborateurs) : on l'administre alors, soit en nature, sous forme de comprimés ou de solution huileuse, dont la teneur varie avec les marques, soit en recourant à l'huile de foie de flétan ou de morue, et dans les *états de précarence* observés chez le nourrisson, surtout s'il existe des signes nerveux : anorexie, asthénie, hypotonie, prurit (P. Bertoye).

On sait qu'expérimentalement, elle abaisse le métabolisme de base et freine l'action de la thyroxine. Aussi conçoit-on qu'on l'ait administrée dans la *maladie de Basedow*, soit seule, à fortes doses (25.000 U. I. par jour), soit (R. Benda et R. Maduro, *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, nos 24-27, 30 août 1940, p. 384), combinée à l'acétylcholine-potassium dans le traitement de l'*asthme nasal*, et qui consiste à pratiquer, vingt jours par mois, une injection intramusculaire, tous les deux jours, de 0 g., 10 d'acétylcholine et de faire boire chaque jour, pendant la même période, un verre à madère de la solution suivante ;

Solution

Bicarbonate de potassium	àà 1 g.
Teinture de cannelle	
» vanille	
Citrate de potassium	10 »
Sirop simple	100 »
Eau distillée q. s. p.	1.000 »

Plus riche est le dossier de la vitamine B^1. Elle est indiquée dans le *béribéri*, qu'il s'agisse d'une forme patente, atrophique sèche, atrophique humide ou cardio-vasculaire (Aalsner et Wenckebach, Destribatz, Toullec et Riom), ou latente : dilatation cardiaque et tachycardie du nourrisson (Ed. Lesne) ;

les avitaminoses frustes : chez le nourrisson, syndrome du sixième mois (L. Ribadeau-Dumas), avec anorexie, nervosité, raideur musculaire ; chez l'adulte, à la suite de régimes carencés, anorexie, douleurs abdominales, atonie intestinale (P. Carnot et Gachlinger) ; « acalasie » (Etzel et Monteiro), liée, en partie, à une dégénérescence du plexus d'Auerbach ; chez la femme enceinte et chez celle qui vient d'accoucher, névralgies et névrites consécutives à une phase de vomissements (Colloridi, Strauss et Mac Donald, Theobald, Vignes), palpitations, tachycardie ;

les *névrites et névralgies*, aisément reproduites par l'expérimentation et qu'on rattache aujourd'hui à l'accumulation, dans les tissus, d'une substance intermédiaire du métabolisme hydro-carboné, l'acide pyruvique, cette accumulation se produisant toutes les fois qu'en l'absence de vitamines B^1, la désintégration des sucres ne peut aller jusqu'au terme final des combustions. La vitamine B^1 donne, dans ces cas, les meilleurs résultats, que l'on ait affaire aux névrites alcooliques, considérées comme la conséquence, moins d'une intoxication, que d'un trouble métabolique (Justin-Besançon, Klotz, Levy-Valensi, Villaret, Strauss et Cobb), aux diverses formes des polynévrites et aux névralgies observées dans les conditions étiologiques (N. diabétiques, diphtériques, lépreuses, zonateuses), comme topographiques (N. brachiale, intercostale, sciatique, etc.) (Coste et Metzger, Drouet, Klotz, Hess, Martimor, Sciclounoff et Broccard, Williams et Watermann). Mêmes effets favorables dans les névrites des moignons (Sliosberg, *Presse médicale*, 1939, n° 91) ; comme dans certaines névrites optiques, les douleurs des tabétiques (H. Gougerot et Burnier, *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, nos 37-40, 25 novembre 1940, p. 662-663) ; les douleurs des ulcères variqueux, des engelures ; les douleurs précordiales indépendantes de l'angine de poitrine ; les douleurs consécutives à l'amygdalectomie, etc. ;

certaines *affections nerveuses disparates* : acrodynie, chorée, funiculites, myopathies, séquelles de poliomyélite antérieure aiguë, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, psychose polynévritique.

Dans ces diverses affections, il faut donner la vitamine B^1 soit en comprimés dosés à cinq milligrammes (un demi chez l'enfant, un chez l'adulte, par jour), ou en solution contenant deux milligrammes et même un milligramme par cm^3, pour injections sous-cutanées, intramusculaires ou même intraveineuses. Les doses fortes étant réservées au béribéri et aux algies. Pour M. Noël Fiessinger, l'administration *per os* est souvent préférable à l'injection, comme étalant davantage dans le temps son action sur l'organisme (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, nos 37-40, 25 novembre 1940, p. 665).

Les affections nerveuses n'ont, pour l'instant, que peu à attendre de la vitamine C, que l'on a parfois essayée dans

(1) *Société de dermatologie*, 23 janvier 1941.



la *schizophrénie* (Lucksch, *Wien, Kl. Wochenschrift*, n° 49, 6 décembre 1940, p. 1009-1011) et qui, peut-être, donnerait des résultats dans les cas où l'asthénie et la fatigabilité rapide témoignent d'une *avitaminose fruste* (Ratsimamanga, *Bull. Ac. Méd.*, 1941, T. 124, nos 19-20, p. 584).

De la vitamine D relève la *tétanie*, patente, avec ses signes traditionnels, ou latente, caractérisée seulement par une nervosité excessive (J. Decourt). Il faudra toujours, dans ces cas, lui associer les sels solubles de calcium, l'administration de ceux-ci comme celle-là, ayant pour résultat de faire remonter le taux du calcium sanguin. Certains auteurs (L. Ribadeau-Dumas) préconisent, dans ce cas, L'administration d'une dose forte et unique.

Renvoyant à notre article récent (*Gaz. Hôp.*, 1941, nos 59-60), nous rappellerons que la vitamine E est indiquée dans les *dystrophies musculaires, dans la sclérose latérale amyotrophique* et dans le *tabes*, considérés comme étant, au moins partiellement, liés à une avitaminose E.

On la prescrit sous forme de spécialité (éphynal Roche), en comprimés dosés à trois milligrammes. La dose varie de un à deux par jour, dans les cas habituels.

Quant aux indications neuro-psychiatriques de la vitamine P. P., elles sont représentées, avant tout, par la *pellagre*, vaste ensemble symptomatique, dont les travaux de MM. Villaret, Cachera et Justin-Besançon, ont commencé le démembrement, et qui se caractérise, non seulement par des troubles digestifs, mais aussi par des érythèmes intéressant les parties des téguments exposés aux rayons solaires, par photo-sensibilisation, par des troubles nerveux complexes et par des états confusionnels ou dépressifs. On l'a recommandée aussi dans la *sclérose en plaques*, où on peut l'associer à la vitamine B^1.

On l'administre en ampoules ou en comprimés, comme on en trouve dans le commerce. Les doses courantes quotidiennes sont de 50 à 500 milligrammes pour l'adulte, de 10 à 60 pour l'enfant (1).

*
**

En résumé, les vitamines sont indispensables au bon fonctionnement du système nerveux, et de leur carence relèvent des syndromes neurologiques variés, au premier rang desquels il faut placer la xérophtalmie, pour l'avitaminose A, le béribéri, les névralgies et névrites, pour l'avitaminose B^1, la tétanie, pour l'avitaminose D, les dystrophies musculaires, pour l'avitaminose E, la pellagre, pour l'avitaminose P. P.

---

(1) D'après L. Giroud. *Presse Médicale*, 30 octobre-2 novembre 1940, nos 84-85, pp. 865-866.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 2 juillet 1941

A propos des adénopathies du cancer du sein. — M. Rouhier.

A propos des ulcères perforés. — M. Basset insiste sur l'intérêt de la gastrectomie lorsqu'on peut la faire dans des conditions idéales de précocité.

Luxations du métatarse. — MM. M. Paitre, G. Bonnet, Meunier, R. Didier. — M. Kuss fait un important rapport sur ces observations auxquelles il a pu joindre deux cas dus à MM. Sorrel et Lenormant. Il discute les différentes modalités anatomiques de ces lésions complexes.

Un cas de péritonite encapsulante. — M. Querneau. — M. Patel rapporte cette observation dans laquelle on se contenta d'inciser la membrane qui bridait l'intestin.

Syndrome causalgique compliquant une paralysie du nerf médian, séquelle d'une plaie de guerre du paquet vasculo-nerveux du bras. Artériectomie de l'humérale. Guérison. — Rapport de M. Métivet sur cette observation de M. Remion.

Dépouillement cutané du pouce traité par autoplastie italienne immédiate. — M. Longuet. — Rapport de M. Métivet.

Le drainage de certains abcès tuberculeux infectés secondairement de la cavité pelvienne. — M. Richard insiste sur la gravité de cette infection secondaire qui se fait soit par communication directe, soit par voie lymphatique. Il donne 3 observations d'abcès secondaires à des sacro-coxalgies et 2 observations d'abcès secondaire à une coxalgie. M. Richard montre qu'il ne faut pas temporiser pour assurer le drainage de ces collections.

Dans un cas d'abcès iliaque le drainage associé au traitement sulfamidé a amené la guérison.

Sur le traitement chirurgical des péricardites constrictives (à l'occasion d'un cas guéri par la péricardectomie). — MM. Lœper, J. Patel et Guy Ledoux-Lebard rappellent les lésions anatomiques et les désordres cliniques engendrés par la péricardite constrictive : stase veineuse entraînant avant tout des troubles circulatoires. M. Patel insiste sur la nécessité au cours de l'intervention d'inciser la coque fibreuse jusqu'au myocarde. Il rapporte l'observation d'une malade opérée depuis trois mois avec un excellent résultat.

Séance du 9 juillet 1941

A propos des fractures des épines tibiales. — M. Huet rapporte une observation qu'il a opérée avec succès.

La stérilisation des poudres de sulfamide. — M. Legroux utilise les vapeurs de formol qui traversent les membranes de cellulose.

Diagnostic des myélomes. — M. Jeanneney.

Infarctus de l'utérus. — MM. Léger et Suire. — M. Braine rapporte cette observation où il ne paraît s'être agi d'un infarctus typique.

Accidents consécutifs à une injection intra-utérine d'eau de javel. — M. Bastien.

7 observations d'accidents consécutifs à des injections intra-utérines de liquides divers dans un but abortif. — M. Brette.

M. Bergeret rapporte ces deux travaux et discute les indications opératoires de cette lésion.

M. Mondor croit qu'il ne faut pas se leurrer sur les succès mis sur le compte de l'hystérectomie ; celle-ci, en particulier, n'est sans doute pas toujours indiquée en cas septicémie ; le point de départ de l'infection siège parfois ailleurs qu'au niveau de l'utérus.

103 cas d'enclouages du col du fémur opérés depuis plus d'un an. — M. Mathieu apporte la statistique de son service : 82 consolidations osseuses furent obtenues ; 14 échecs dans lesquels il y eu 8 fois pseudarthrose manifestée tardivement. L'état pathologique du col explique ces échecs même tardifs ; il discute l'indication exceptionnelle d'une résection primitive de la tête fémorale.

M. Basset insiste sur le rôle de la vascularisation de la tête.

M. Boppe estime que les fractures en coxavalga n'ont pas besoin d'être enclouées, à condition de les immobiliser dans une culotte plâtrée. Il montre que dans certains cas la consolidation se fait avec tassement du col si bien que le clou s'extériorise en partie.

M. Leveuf revient sur la résorption externe du col qui est un facteur important dans la genèse des pseudarthroses. Il estime, d'autre part, que la prothèse métallique joue un rôle dans les altérations de la tête du fémur et l'apparition de l'arthrite déformante.

Création d'un vagin artificiel par greffe d'un cylindre muqueux ano-rectal. — M. J. Gautier.

Un cas de hernie diaphragmatique. — M. Ameline présente cette observation qui concerne un blessé de guerre atteint d'une hernie contenant l'angle colique gauche.

L'alcoolisation du phrénique facilite singulièrement la suture du diaphragme ; la voie thoracique fut utilisée et parut très favorable quant au jour et à la rapidité.

M. Sauvé cite une observation personnelle dans laquelle il a utilisé la voie thoraco-abdominale.

M. Quénu estime que dans la majorité des cas il faut commencer par la voie abdominale.

Luxation médio-carpienne du semi-lunaire. — Présentation de radiographies. — M. Mondor.

Schwannome de l'estomac. — Présentation de radiographies. — M. Mondor.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juillet 1941

Etude des hémorragies méningées récidivantes. — M. Clovis Vincent. — Femme de 50 ans qui fut atteinte d'une paralysie de la 3e paire, d'une crise d'épilepsie et d'une hémiplégie droite avec aphasie. Les signes étaient dus à un petit anévrysme de la carotide interne. La paralysie de la 3e paire et la stase papillaire ont une grosse importance diagnostique ; de même, a une grosse valeur au point de vue chirurgical, le siège de l'anévrysme avant ou après la bifurcation de la pelvienne et cérébrale antérieure.

Les thromboses de l'artère pulmonaire dans les cardiopathies. — MM. Laubry et Lenègre. — Les thromboses de l'artère pulmonaire, fréquentes dans les cardiopathies mal tolérées, sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Leur mécanisme est difficile à préciser. A leur propos, c'est tout le problème inconnu de la thrombose qui se pose où interviennent des facteurs vaso-moteurs, hémodynamiques, physico-chimiques et inflammatoires. Tous les éléments de l'appareil respiratoire peuvent souffrir des conséquences anatomiques des thromboses de l'artère pulmonaire et des lésions alvéolaires consécutives. Il se produit une « pneumopathie cardiaque » dont les lésions expliquent par leur diversité, le polymorphisme clinique et radiologique du poumon cardiaque.

L'œdème de carence. Enquêtes clinique, biologique, alimentaire du terrain avant l'apparition de l'œdème. — MM. H. Gounelle, M. Bachet, Y. Raoul et J. Marche. — Cliniquement, il s'agit de sujets ayant maigri depuis plusieurs mois de 10 à 18 kilos, avec asthénie, troubles digestifs, diarrhée et météorisme, pouvant être maintenus jusqu'à la mort. Biologiquement, on décèle un état carentiel en vitamine A et C, et des modifications de la protidémie. Si le taux global des protides est plutôt un peu abaissé, la sérine a tendance à être augmentée et la globuline à être basse, ce qui entraîne une ascension jusqu'à 3 et 4 du rapport sérine-globuline. La ration alimentaire est défectueuse. Cette déficience porte sur l'apport énergétique total et surtout sur une réduction des protides d'origine animale et des lipides qui s'inscrivent à un taux moyen quotidien de 18 gr. et 22 gr.

L'œdème de carence à sa période d'état. Etudes clinique, biologique, alimentaire. — MM. H. Gounelle, M. Bachet, R. Sassier et J. Marche. — L'œdème de carence, au cours de sa période d'état, affecte la forme d'un œdème mou, blanc ou rosé, mobile, pouvant aller jusqu'à l'anasarque, influencé par le décubitus. Il s'accompagne de troubles diarrhéiques ou d'hypothermie. Aucun signe cardiaque, rénal ou hépatique ne lui est associé. La ration alimentaire est caractérisée par une insuffisance d'apport énergétique et qualitatif de lipides et de protides surtout d'origine animale. Dans le sang des œdémateux, on note une hypoprotidémie jusqu'à 45-50 gr. par hyposérinémie et inversion du rapport sérine-globuline. Lipidémie et cholestérol sont dans les limites normales. La glycémie est très abaissée.

On doit penser que l'œdème de carence est lié à une insuffisance d'apport protidique, d'origine animale.

A propos de 8 cas d'œdème par carence alimentaire. — MM. G. Laroche, E. Bompard et J. Tremolières. — Etude de 8 observations chez des sujets qui eurent des rations insuffisantes ou déséquilibrées.

Les auteurs signalent la diminution du taux des protides sanguins, l'inversion du rapport $\frac{S}{O}$, la diminution du cholestérol libre, avec élévation du rapport $\frac{\text{ester de cholestérol}}{\text{cholestérol total}}$.

Ils apportent des associations cliniques avec le béribéri à forme cardiaque et nerveuse et avec le scorbut fruste. Le traitement par les vitamines B et C n'a pas eu d'influence sur l'œdème.

Un cas de distomatose sous-hépatique. — MM. P. Brodin, M. Fourestier et Ferrand. — Observation d'une jeune femme ayant présenté un abcès sous-hépatique dû, en réalité à une douve du foie, sans germe associé. Cet abcès a évolué sans phase d'infection générale antérieure dans la cavité péritonéale, sans aucune autre localisation du parasite ni d'œuf dans les matières. Ce qui confirme les notions admises sur le mode d'infestation de l'homme par la douve, le parasite traversant la paroi digestive pour tomber dans la cavité péritonéale et se diriger vers le foie.

Un cas de grand myxœdème post-radio-thérapique avec rigidité musculaire de type myotonique. — MM. Lenègre et Huguenin. — Observation de grand myxœdème chez une femme de 54 ans, après une radiothérapie anti-inflammatoire pratiquée sur une adénopathie chronique. Dans ce cas, il faut retenir que les corps thyroïdes ne sont pas tous égaux devant les agressions chirurgicales et roentgeniennes. L'état antérieur du tissu thyroïdien explique la différence des résultats. Le chirurgien peut seul, au cours de l'intervention, proportionner la mutilation à l'état anatomique de la glande. Dans le cas dont s'agit, les troubles musculaire ont guéri sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne.

Cytosteatonécrose rétropéritonéale. — M. Nicaud. — Ce nouveau cas est celui d'une tumeur rétropéritonéale adhérente à la paroi abdominale postériure gauche, comprimant le côlon. La masse occupait une partie de la fosse iliaque remontant jusqu'à un centimètre de l'ombilic ; elle était constituée par des nappes de cellules graisseuses, en voie de saponification et encadrées de cellules de types spongieux. Plus tard, domina le processus macrophagique avec apparition d'éléments giganto-cellulaires multinucléés. Plus tard, encore, se montra la réaction de défense conjonctive. On peut toujours retrouver une effraction vasculaire, car un traumatisme précède les accident.

Ces tumeurs sont curables. Une intervention chirurgicale a amené la guérison dans le cas actuel.

Acidose au cours du traitement par les sulfamides. — MM. P. Nicaud, A. Lafitte, Mlle P. Grould et M. Bourgneuf. — Observation d'une malade de 31 ans atteinte de tuberculose pleuro-pulmonaire droite évolutive et compliquée d'un syndrome poly-névritique ascendant. Les troubles moteurs, d'abord limités aux membres inférieurs envahirent les muscles abdominaux et thoraciques et bientôt apparurent des troubles cardiaques et respiratoires. Un traitement par les sulfamides fut entrepris. La malade reçut par la voie buccale, en tout, 14 gr. de 1162 F en 3 jours, avec une médication alcaline. Peu à peu s'installa un subcoma avec dyspnée, odeur acétonémique de l'haleine et acétonurie, sans glucosurie ni albuminurie.

Un traitement bicarbonaté fut institué rapidement et les signes d'acidose disparurent en 2 jours. Ils n'y eut aucun autre signe d'intolérance aux sulfamides. La malade présenta ensuite des troubles bulbaires qui amenèrent lentement la mort.

En dehors des lésions pulmonaires, il existait des lésions diffuses hépatiques. Malgré la diffusion des lésions, l'épreuve de la galactosurie resta normale.

Il s'agit donc d'une observation d'acidose survenue après un traitement par les sulfamides à dose très modérée.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 27 avril 1941

Thoracectomie précordiale. — MM. J. Walser et H. Lenormant. — Enfant de 11 ans, présentant un gros cœur rhumatismal avec endocardite mitrale et insuffisance cardiaque, sans symphyse cliniquement décelable. Résection extra-périostée de 32 centimètres de côtes. Grande amélioration fonctionnelle et fonte des œdèmes que n'avait pu obtenir le traitement médical avant l'intervention.

L'état anatomique de l'artère pulmonaire dans les cardiopathies. — MM. Ch. Laubry et J. Lenègre. — En attendant de pouvoir pratiquer une exploration physiopathologique précise de la petite circulation chez les cardiaques, il est utile d'étudier l'état anatomique de l'artère pulmonaire et de ses branches dans les cardiopathies. C'est le prétexte de ce travail, basé sur 126 observations anatomo-cliniques (75 hommes et 51 femmes).

Il a été trouvé 105 fois (soit dans 83 % des cas environ) des lésions plus ou moins accentuées de l'artère pulmonaire. Dans le cas particulier du rétrécissement mitral serré (25 observations), l'artérite pulmonaire s'est montrée constante et souvent intense.

Des thromboses de l'artère pulmonaire ou de ses branches existaient chez 50 des 126 cardiaques (40 % des cas), d'aspect très variable et de mécanisme complexe. L'artérite pulmonaire est le facteur fondamental dans plus des 2/3 des cas, alors que l'embolie ne joue qu'un rôle minime, puisqu'elle n'intervient pas dans plus d'un dixième des cas d'oblitération de l'artère pulmonaire. Mais beaucoup d'autres facteurs entrent en jeu (vaso-moteurs, hémodynamiques, physico-chimiques, inflammatoires), et là, comme en d'autres circonstances, c'est tout le problème non résolu de la thrombose qui se pose.

Les conséquences qu'entraîne, sur le parenchyme pulmonaire correspondant, une thrombose de l'artère pulmonaire, ne sont pas toujours conformes aux doctrines classiques : en place et lieu de l'infarctus systématisé, ou de l'apoplexie diffuse, on ne trouve, dans plus d'un tiers des cas, qu'une infiltration œdémateuse localisée ou une zone congestive, d'où cette notion que l'œdème aigu du poumon est parfois lié à une thrombose de l'artère pulmonaire. Le poumon peut même rester parfaitement normal, alors que l'artère pulmonaire sus-jacente est thrombosée. Inversement, il peut être le siège de lésions voisines de l'infarctus ou de l'apoplexie, alors que les artères pulmonaires sont perméables, mais ce dernier fait est plus rare.

Rien n'est plus polymorphe que l'aspect du poumon cardiaque. C'est une véritable pneumopathie évolutive, parfois autonome, où s'associent des réactions pulmonaires, pleurales, bronchiques, interstitielles, lymphatiques et ganglionnaires. Ces réactions dif-

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ATURAL Laboratoire de PHYSIOLOGIE et de THERAPEUTIQUE 10, rue de Strasbourg, Paris (10e)	*Poudre à base d'antilab-ferment et de citrate de soude* 1 mesure pour 100 gr. de lait	Supprime l'intolérance pour le lait et le rend semblable au **lait maternel** *Supplée aux laits diététiques*
BÉNERVA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Aneurine cristallisée (Vitamine B_1)* Amp. 1 cm³ (2 mg) : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ (10 mg) : 1 p. j. Comp. 1 mg. : 2 à 4 p. j.	B_1-Hypovitaminoses Surmenage, Algies, Polynévrites, etc.
IODALOSE Laboratoires GALBRUN 10, rue Guynemer, Saint-Mandé (Seine)	*Gouttes titrées renfermant 5 cgr. d'iode par cc.* *Première combinaison directe de l'iode avec la peptone*	Remplace Iode et Iodures dans toutes leurs applications internes *sans iodisme*
LÉNIFORME Laboratoires L. E. V. A. 26, rue Pétrelle, Paris (9e)	*Huile* à 2, 5 et 10 p. 100 *d'Essences végétales antiseptiques*	Coryza, Rhinites, Sinusites Laryngites, Trachéites
LUSOFORME Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Solution de formaldéhyde et de ricinoléates alcalins*	Gynécologie - Obstétrique Antisepsie - Désodorisation
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques
PROSTIGMINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Péristaltigène synthétique* Amp. 1 cm³ : 1 à 2 p. j. *Antimyasthénique* Comp. : 4 à 6 p. j. et plus	Atonie intestinale et vésicale post-opératoire Myasthénie grave
SÉDOBROL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	Na Br *dissimulé* *bouillon savoureux* *Tablettes* 1 à 4 p. j. et plus	Tous symptômes nerveux même chez les enfants
VULCRINOL Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait de foie de veau* FRAIS *Thiosulfate de magnésium* *Hexaméthylène tétramine*	Insuffisance hépatique Etats anaphylactiques Intoxications
VITAMYL Laboratoires AMIDO 4, place des Vosges, Paris (4e)	*Vitamines A. B. C. en extrait concentré*	Toutes les indications du traitement de carence Tous les cas de *déminéralisation*

fuses et diverses dépendent de facteurs, non seulement mécaniques (hémodynamiques), mais encore nerveux (réflexes vaso-moteurs) et inflammatoires. Il n'est plus possible actuellement de ne considérer que des phénomènes de congestion passive ou active : la moindre lésion, apparemment banale, relève presque toujours de mécanismes complexes et intriqués.

Considérations sur la péricardite constrictive. — M. P. Soulié. — A propos d'une nouvelle observation de péricardite calcifiante chez un homme de 42 ans, avec syndrome typique de la veine cave inférieure, apparue depuis trois ans, l'auteur insiste sur les points suivants :

a) Comme dans la plupart des cas, absence d'étiologie précise.

b) Extrême longueur de l'évolution avec apparition tardive du syndrome de striction cave inférieur, sans véritable signe d'insuffisance ventriculaire jusqu'à un stade très avancé de la maladie (17 ponctions d'ascite en trois ans) chez un malade qui continue un travail modéré actuellement.

c) A l'auscultation, dédoublement sec du deuxième bruit situé à 8 centièmes de secondes après le début du second bruit, symptôme décrit par Brauer et précisé dans tous ses détails par Laubry et Pezzi en 1925, sous le nom de galop post-systolique. Ce troisième composant est un bruit musculaire, se plaçant précocement dans le début de la diastole, avant l'ouverture des valves auriculo-ventriculaires et dû à la réaction élastique du myocarde gêné dans son expansion diastolique (diastole active). Sa chronologie exacte est établie par Laubry et Pezzi, bien avant l'ère phonocardiographique. Il correspond à la vibrance isodiastolique de Lian, mais ne peut être considéré comme pathognomonique de la calcification. Il doit faire penser à une symphyse péricardique, sans plus.

d) En dépit des statistiques étrangères, l'auteur estime que la péricardectomie, dans l'état actuel de la technique, constitue une opération trop grave pour être proposée précocement. Elle devient légitime lorsque le syndrome de la veine cave inférieure entraîne une impotence fonctionnelle irréductible, et lorsque l'état général du malade se modifie nettement. Il convient alors de ne pas trop attendre, tout en sachant que le syndrome cave peut évoluer pendant plus de dix ans. Dans tous les cas, la libération de la veine cave inférieure est le temps opératoire indispensable.

Un cas de péricardite constrictive calcifiante. — M. J. Lenègre. — Un adolescent de 18 ans se plaint d'augmentation de volume de l'abdomen et d'une dyspnée d'effort qu'accompagne une cyanose très marquée. Le tableau clinique est dominé par une hépatomégalie, puis par une cirrhose du foie avec ascite. Le cœur est cliniquement normal, ce qui a longtemps contribué à égarer le diagnostic avec une affection hépatique. Finalement, la radiographie du cœur révèle la péricardite constrictive : les calcifications bien visibles de face et en O. A. G. siègent surtout sur les bords gauche et inférieur du cœur. L'électro-cardiogramme est altéré. Un notable degré d'infantilisme est associé. L'absence d'étiologie connue (syphilis et tuberculose peuvent être éliminées), le jeune âge du sujet, l'existence d'un syndrome de Pick qui témoigne, ainsi que la radiographie, que la circulation cave inférieure est sérieusement entravée, sans compter l'infantilisme, nous paraissent être d'impérieuses indications du traitement chirurgical. Celui-ci, non dépourvu de dangers, devra éplucher le péricarde et tout particulièrement libérer l'abouchement de la veine cave inférieure.

Trémulation auriculaire en éclair. — MM. C. Lian et J. Faguet. — Au cinquième jour d'un infarctus du myocarde on voit apparaître, sur un fond de dissociation auriculo-ventriculaire, des phases extrêmement brèves, durant seulement 1 ou 2 révolutions cardiaques, de trémulation auriculaire (état intermédiaire entre le flutter et la fibrillation).

Le surlendemain les tracés montrent une arythmie complète banale par fibrillation auriculaire puis, les jours suivants, le retour au rythme sinusal.

Les auteurs proposent l'appellation de « trémulation auriculaire en éclair » pour désigner ce phénomène d'une brièveté exceptionnelle.

L'autopsie révéla une thrombose de la coronaire droite sans anomalies anatomiques importantes des artères ni du myocarde auriculaires.

Insuffisance cardiaque irréductible au cours d'une cirrhose pigmentaire. — MM. R. Heim de Balzac et P. Vaudour. — Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 40 ans, qui présente une insuffisance cardiaque irréductible à évolution très rapide (3 mois) simulant une « myocardie » implacable et schématique. Celle-ci se surajoutant à une cirrhose pigmentaire typique sans diabète et jusque-là bien tolérée. Des troubles endocriniens légers furent notés après qu'on les eut systématiquement recherchés.

L'autopsie montra une coloration rouille intense de tous les organes, avec cirrhose typique du foie, gros cœur sans lésions orificielles. Histologiquement, en dehors de la cirrhose hépatique et d'une hémochromatase diffuse de tous les organes, on constate d'une part des lésions endocriniennes très légères et d'autre part une myocardite considérable, en larges foyers de sclérose molle.

Les auteurs discutent l'analogie de ce cas avec le syndrome endocrino-hépato-myocardique, opposant l'uniformité du tableau clinique et la diversité des constatations histologiques rencontrées au cours de ce syndrome.

Atrésie congénitale complète de la valvule tricuspide. — MM. J. Sabrazès et Hervé Cras. — Les auteurs relatent un cas autopsié d'atrésie tricuspidienne complète chez une jeune fille de 19 ans, morte de tuberculose pulmonaire. Le diagnostic de la malformaion cardiaque n'avait pas été précisé durant la vie. On avait noté une cyanose intense avec hippocratisme digital, un souffle systolique mésocardiaque, un gros cœur gauche à la radiographie. A l'examen anatomique, il n'existe aucune communication entre l'oreillette et le ventricule droits ; celui-ci est gros comme une amande et donne naissance à une artère pulmonaire bien conformée de 7 cm de circonférence.

Le trou de Botal est ouvert et mesure un centimètre de diamètre ; il existe une communication interventriculaire par défaut de la pars membranacea septi ; l'aorte est normale et mesure 8 cm. 5 de circonférence ; le canal artériel n'a pas été exploré. Enfin, l'orifice mitral mesurait 15 cm. de circonférence avec un aspect nacré des valves. Les auteurs pensent que le diagnostic clinique doit pouvoir se faire en se fondant sur les trois signes : cyanose intense, souffle systolique mésocardiaque et absence d'hypertrophie du ventricule droit.

Séance du 29 juin 1941

Péricardite constrictive traumatique. — MM. Ch. Laubry et R. Heim de Balsac. — Des calcifications péricardiques en bandes suivant les sillons interventriculaires et intérauriculo-ventriculaires sont observées chez un homme de 57 ans, grand polyblessé par projectiles intrathoraciques en 1914-1915 et 1916.

Les auteurs soulignent la latence et la tolérance de l'affection qui, depuis 23 ans, a été relativement bien tolérée puisque les premiers troubles sérieux coïncident avec une arythmie complète et datent de l'hiver 1941. Cette péricardite leur paraît une conséquence des blessures du sujet : elle coexiste avec d'importantes séquelles pleurales dont les calcifications s'unissent avec celle du péricarde.

Polio-encéphalite chronique avec syndrome de Stokes Adams. — MM. M. Duvoir, G. Poumeau-Delille et Vivien rapportent l'observation d'un malade, âgé de 21 ans, ayant depuis sept ans une ophtalmoplégie externe presque totale et depuis trois mois un syndrome cérébelleux prédominant au membre supérieur gauche, surdité incomplète, et un syndrome de Stokes Adams avec dissociation auriculo-ventriculaire totale.

Les auteurs concluent à l'existence d'une polio-encéphalite chronique dégénérative acquise avec syndrome de Stokes Adams par dissociation auriculo-ventriculaire complète ; ils discutent le siège et la nature des lésions à l'origine du pouls lent.

Remarques cliniques, anatomiques et pathogéniques à propos d'un infarctus du myocarde. L'artério-névrite coronarienne. — MM. M. Lœper, A. Varay, R. Lesobre et M. Le Sourd rapportent une observation d'infarctus myocardique avec souffle systolique apparu au cours de l'évolution et vraisemblablement dû à une thrombose ventriculaire. Un caillot volumineux, inséré sur le foyer infarci gênait le fonctionnement de la mitrale, confirmant la pathogénie invoquée dans un cas semblable par MM. Soulié et Gerbeaux. L'examen anatomique montra encore une rupture du cœur sans hémopéricarde, éventualité rare mais déjà signalée. L'électrocardiogramme était du type T. 3 avec inversion de T. en D. III et D. II, grande onde Q. 3, malgré la localisation anatomique, à l'union de la paroi antérieure du ventricule gauche et du septum, près de la pointe. Cette contradiction peut s'expliquer par la prédominance des lésions artérielles sur les lésions myocardiques, ainsi qu'il ressort des expériences de Pezzi et Defrise. L'étude anatomique montra une oblitération de l'artère interventriculaire antérieure. Celle-ci était le siège d'un processus aigu de coronarite inflammatoire, greffée sur les lésions chroniques anciennes, expliquant peut-être ainsi la fièvre. De plus, l'infiltration leucocytaire et plasmocytaire atteignait non seulement l'artère, mais des filets nerveux péri-artériels. Les auteurs se demandent si l'on n'est pas en droit d'incriminer cette artério-névrite dans la pathogénie des infarctus myocardiques, par un double mécanisme local de thrombose vasculaire et de troubles vaso-moteurs d'origine nerveuse.

Cette observation forme donc la synthèse des pathogénies différentes invoquées actuellement.

Syndrome d'oblitération artérielle aiguë chez une mitrale. Opération et opacification post mortem. — MM. D. Routier et R. Heim de Balsac. — Une femme de 56 ans porteuse d'une cardiopathie mitrale en insuffisance avec hémiplégie gauche présente un gonflement œdémateux et gangréneux de sa jambe gauche avec disparition des pulsations et des oscillations dans tout le membre.

L'intervention consiste en une actériectomie de l'iliaque externe gauche à cheval sur une zone où le vaisseau bat et une zone où

le vaisseau est inerte. L'artère est souple et perméable. L'amputation au 1/3 inférieur de la cuisse montre une fémorale perméable mais une thrombose adhérente étendue de la veine voisine. L'injection artérielle puis la dissection du membre amputé montrent, d'une part, des artères souples, saines, perméables, sauf en 2 ou 3 points où siègent quelques petits caillots non adhérents, d'autre part, une thrombose veineuse adhérente, étendue et considérable.

L'opacification post mortem de tout l'appareil circulatoire confirme ces données.

Les auteurs voient dans ces faits une confirmation du rôle capital que joue le dynamisme artériel dans les ischémies aiguës des membres. Pour eux, l'arrêt des battements artériels est le phénomène essentiel et primitif, les coagulations intra-artérielles ne sont que contingentes et secondaires. Dans ce cas particulier la thrombose veineuse explique certainement l'arrêt étendu de la cinématique artérielle.

La pathogénie classique de l'embolie artérielle n'explique pas ces faits surtout chez les mitraux dont la facilité de coagulation du sang in vivo est un élément caractéristique de leur affection.

Disparition des douleurs liées à une artérite des membres inférieurs après régularisation, par le sulfate de quinidine, d'une arythmie complète coexistante. — MM. A. Gaquière et P. Viroulaud (d'Angoulême).

Vagotonie avec instabilité de la séquence auriculo-ventriculaire. — MM. Ch. Laubry, P. Soulié et Cl. Laroche rapportent l'observation d'un enfant de 12 ans qui présente des périodes de Luciani-Wenckebach en position couchée. L'absence totale de tout rhumatisme, de toute lésion valvulaire, l'intégrite du ventriculogramme et la constance du phénomène à plusieurs mois de distance, les amènent à conclure à un trouble purement végétatif. Il s'agit d'une vagotonie particulièrement accentuée de l'adolescent avec instabilité très curieuse de la séquence auriculo-ventriculaire.

Thrombose coronarienne aiguë du type T 3 avec syndrome de la coronaire droite au complet. — MM. P. Soulié, F. Joly et P. Laubry.

Cancer primitif du cœur. — MM. E. Donzelot et Emam Zadé rapportent une observation de sarcome fibroblastique primitif du ventricule gauche.

Les auteurs font suivre leur observation, accompagnée d'excellentes photographies et de microphotographies, d'une statistique prouvant la rareté de ces cancers primitifs du cœur. Ils donnent, enfin, une importante bibliographie de la question.

Etude radiologique des artères coronaires sur le cœur in situ (premières recherches). — MM. R. Heim de Balsac et G. Marquis.

Un nouveau cas d'anévrysme du cœur calcifié. — MM. R. Heim de Balsac et G. Marquis. — Une calcification très nette d'une coque d'anévrysme pariétal du cœur située dans la région antéro-gauche du ventricule gauche est découverte chez une femme qui, dix ans auparavant, fit un infarctus du myocarde.

Les auteurs soulignent la latence et la parfaite tolérance de l'affection. Ils discutent les caractères de cette calcification cardiaque qu'il faut différencier des images de calcification coronarienne, péricardique ou de celles d'une thrombose intra-cardiaque. Une radiokymographie montre une diminution de l'amplitude des battements de la région anévrysmale et l'existence d'une expansion systolique caractéristique de cette lésion.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 8 juillet 1941

A propos du dépistage de la tuberculose dans les collectivités. — MM. Lamy, Gilsen et Roger Lamy présentent une série de radiophotographies prises dans des conditions particulièrement intéressantes et qui permettent par examen à la loupe ou par projection sur un petit écran de déceler les lésions tuberculeuses pulmonaires.

Dysplasie cleïdo-crânienne. — MM. Paisseau, Patey et Plus présentent une enfant de 6 ans chez qui les clavicules font défaut et dont le crâne présente, outre des lacunes très nettes, un aspect radiologique en mosaïque tout à fait spécial.

Pigmentation cutanée généralisée secondaire à une rougeole ; tuberculose des ganglions mésentériques sans lésions des surrénales. — M. Lesné et Mlle Rouget insistent à propos de cette observation sur le rôle du plexus solaire dans la genèse de la pigmentation et sur l'importance d'une rougeole confluente comme facteur déclenchant de la mélanodermie.

Cas larvé de dolichosténomélie. — M. Rœderer rapporte l'observation d'une fillette de 13 ans chez qui la dolichosténomélie fruste s'accompagne de malformations des ongles et d'hallux valgus bilatéral.

Erythrodermie arsenicale et sulfamidothérapie. — M. Tixier a obtenu la guérison, en 48 heures, avec le 1162 F, d'une érythrodermie arsenicale fébrile survenue au cours d'un traitement par le sulfarsénol. Il a eu des résultats comparables dans une toxi-infection d'origine alimentaire.

Emphysème total du poumon gauche par corps étranger. — MM. Thieffry, Soulas et Gerbaux ont observé chez un nourrisson de 18 mois des accidents aigus de suffocation qui ont bientôt cédé pour laisser place à une dyspnée continue. La radiographie, négative dans les premières heures, montra par la suite une hyperclarté du poumon gauche, une opacité relative du poumon droit une attraction du cœur de ce côté. Il ne s'agissait pas d'une atelectasie pulmonaire consécutive à l'oblitération de la bronche droite, mais bien d'un emphysème aigu consécutif à l'oblitération de la bronche gauche par des fragments de pulpe de noix. La guérison survint rapidement et sans séquelles après ablation du corps étranger.

Rachitisme et tétanie guéris par une dose unique de vitamine D. — MM. Seringe, Mande et Gerbaux ont observé chez le même enfant une tétanie à forme convulsive et un rachitisme évident, sans étiologie précise. Ils ont observé après la vitaminothérapie une ascension rapide de la calcémie, la disparition du Chsostek en 3 semaines et la guérison radiologique du rachitisme en 9 semaines, malgré une infection intercurrente. très sévère.

Genu recurvatum congénital. .. M. Barcat présente un cas de cette malformation, liée en réalité à une subluxation du tibia en avant, et associée à une luxation de la hanche. Il s'agit donc d'une véritable aplasie régionale. Il a pu obtenir la réduction de la subluxation sans anesthésie générale, sans être obligé de recourir au dédoublement du quadriceps.

Deux cas de syndrome neuro-œdémateux. Traitement par la vitamine B_1. — M. Arondel (de Nantes) note principalement l'existence dans ces deux cas d'une stomatite aphteuse ayant précédé de peu l'apparition des accidents neuro-œdémateux.

Syndrome neuro-œdémateux. — MM. Levesque et Ghislain rapportent l'observation d'un enfant atteint d'un syndrome neurologique aigu constitué par une myasthénie suivie de somnolence, de paralysie oculaire et de hoquet. Au cours de cette affection fébrile, de grands œdèmes ont évolué parallèlement aux autres symptômes. Les auteurs admettent l'hypothèse d'une maladie à virus neurotrope.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 12 juillet 1941

Concentration de la gonadotrophine urinaire de l'homme castré par le procédé des mousses. — MM. R. Courrier, G. Poumeau-Delille et F. de Rudder, aoppliquant le procédé des mousses à l'urine d'homme castré, ont recueilli, après moussage, un liquide contenant une plus grande quantité d'hormone gonadotrope qu'après simple précipitation alcoolique. Les urines d'homme normal de même âge fournissent un précipité inactif.

Les urines de castrat contiennent les deux principes gonadotropes, agissant chez le rat hypophysectomisé à la fois sur la lignée génitale et sur l'interstitielle.

Dosage de la prothrombine par la méthode de Quick. — M. G.-H. Lavergne et Mme Bl. Lavergne-Poindessault ont étudié les doses optima de thromboplastine et de calcium, ainsi que divers autres facteurs susceptibles de modifier les résultats de la réaction de Quick. Ils ont cherché à préciser le taux de prothrombine de l'homme normal en opérant sur le plasma préalablement dilué au quart dans du sérum physiologique ; cette dilution, qui modifie légèrement les résultats a nécessité l'établissement de courbes de correction.

De l'influence de la non-saturation sur la toxicité des dérivés du chaulmoogra. — MM. Buu Hoi et A. Rakoto Ratsimamanga ont étudié comparativement sur le chien et le cobaye le chaulmoograte d'éthyle, forme cyclique non saturée, et les dihydrochaulmoograte et dihydrohydhocarpate d'éthyle, formes saturées. Les accidents reproduits avec la forme non saturée, l'absence d'indices d'intolérance avec les formes saturées, conduisent à attribuer la toxicité des constituants du chaulmoogra à la double liaison du cycle pentagonal, et à préconiser, du point de vue pratique, l'administration des produits dihydrogénés.

Spécificité chimique et spécificité biologique dans la réaction entre les protéines sériques et leurs anticorps examinées au moyen de la floculation. — M. G. Ramon distingue la « spécificité chimique » d'un antigène qui relève de sa constitution chimique et peut-être de son état physique, et la « spécificité biologique », qui est attachée à l'espèce à laquelle appartient l'être qui a fourni l'antigène.

En mettant en œuvre la réaction de floculation, il semble que la « spécificité biologique » soit beaucoup moins stricte qu'on l'admet généralement et que la « spécificité chimique » l'emporte sur la « spécificité biologique ».

Dégradation des substances protéiques des milieux de culture et toxinogénèse tétanique. Application de la mesure du degré de dégradation protéique à l'étude des milieux de culture pour le bacille tétanique. — MM. J. Pochon et G. Amoureux insistent sur la grande utilité qu'il y a, dans l'étude des milieux de culture utilisés en bactériologie et particulièrement de ceux employés pour la production des toxines microbiennes, à connaître avec une approximation suffisante le degré de dégradation des substances protéiques de ces milieux. Les auteurs préconisent une technique simple qui a permis de déterminer les limites de dégradation compatibles avec la toxinogénèse tétanique.

Mécanisme d'action des sulfamides, des sulfones et des sulfoxydes. Phénomène de Woods. — MM. C. Levaditi et R. Perault ont vérifié l'exactitude expérimentale du phénomène de Woods, c'est-à-dire l'action empêchante qu'exerce, aussi bien *in vitro* qu'*in vivo*, l'acide p. aminobenzoïque à l'égard de l'effet bactériostatique et curatif de certains composés sulfamidés sur le streptocoque et le *B. coli*. Ils ont trouvé que l'acide p. aminobenzoïque exerce *in vitro* et *in vivo* son action empêchante non seulement à l'égard des dérivés à fonction SO^2NH^2, mais encore vis-à-vis des sulfones (SO^2) et des sulfoxydes (SO).

Valeur fonctionnelle de la zone fœtale de la cortico-surrénale. — M. A. Giroud et Mme Magd. Martinet ont recherché par leur technique personnelle l'hormone corticale dans la zone fœtale de la cortico-surrénale, zone transitoire située au contact de la médullaire, qui disparaît chez l'homme après la naissance, mais qui pourrait parfois persister et donner naissance à des tumeurs virilisantes. Ils ont constaté que la zone fœtale, si elle secrète des hormones sexuelles, secrète également des hormones corticales.

Influence des centres sur les variations d'excitabilité des nerfs moteurs au cours des actions thermiques périphériques. — M. et Mme A. Chauchard et M. Paul Chauchard montrent que les actions thermiques périphériques (refroidissement ou réchauffement d'un membre) agissent sur l'excitabilité nerveuse, chez les sujets normaux (homme et animal) par deux mécanismes différents et opposés : action directe sur le nerf, action indirecte d'origine centrale.

Microméthode pour le dosage biologique de lécithides après acétylation. — MM. A. Carayon-Gentil, E. Corteggiani et A. Pelou ont pu, par une méthode combinée chimique et biologique, effectuer aisément le microdosage de lécithides, après mise en liberté de la choline par hydrolyse.

Action inotrope négative de l'histamine sur le cœur de grenouille. Effet secondaire inotrope positif dû à la formation d'une substance antagoniste. — M. Robert Tiffeneau expose que l'action inotrope négative de l'histamine sur le cœur de grenouille perfusé est suivie, après quelques minutes, d'un effet secondaire inverse (action inotrope positive). Cet effet secondaire doit être attribué à la libération d'une substance antagoniste, dont la présence est démontrée en recourant à divers artifices expérimentaux.

Action de quelques ammoniums quaternaires curarisants sur la contracture tétanique. — M. H. Lenormant a observé que les régions tétanisées présentent une sensibilité particulière à ces poisons curarisants; en outre, le point d'inoculation est presque toujours un centre d'excitation anormale, facteur principal dans le déterminisme des spasmes tétaniques.

Sur les caractères de la sécrétion gastrique provoquée par l'adrénaline. — MM. J.-L. Parrot et Fr. Verliac signalent que la sécrétion gastrique obtenue chez le chien sous l'action de l'adrénaline est caractérisée par la longueur du temps de latence et l'abondance du mucus. Cette nouvelle action de l'adrénaline ne serait pas directement déterminée par cette hormone, mais par un produit de transformation de celle-ci, ce qui expliquerait la longueur du temps de latence.

Méthode de coloration élective des corpuscules lymphogranulomateux. — M. P. Lépine et Mlle V. Sautter décrivent une méthode de coloration élective des granulo-corpuscules virulents observés au sein des tissus dans la maladie de Nicolas et Favre, méthode simple et également applicable à d'autres virus, celui de la psittacose, par exemple.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 69-70. — 27-30 AOUT 1941 | 114e ANNEE | Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Le concours annuel en vue du recrutement des élèves de l'Ecole des Infirmières et de l'Ecole de Préparation aux Services Généraux Hospitaliers de l'Assistance Publique aura lieu, le lundi 13 octobre 1941, à 13 heures, à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, à Paris.

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 20 septembre 1941 inclusivement, à la sous-direction du personnel de l'Administration, 3, avenue Victoria, à Paris (4e).

Les candidates doivent être célibataires, âgées de 19 ans au moins et ne pas avoir atteint 26 ans au 1er octobre de l'année du concours.

Elles doivent, en outre, être de nationalité française à titre originaire en remplissant à cet égard les conditions requises par la loi du 3 avril 1941, ne pas tomber sous le coup de la loi du 2 juin 1941 et satisfaire aux conditions exigées par la loi du 13 août 1940, relative aux sociétés secrètes.

La durée des études est de deux années pendant lesquelles les élèves sont nourries, logées, chauffées, éclairées et blanchies. Elles sont, après examen, nommées infirmières de 3e classe : traitement et indemnités de début pour Paris : 20.300 fr. Elles doivent prendre l'engagement de rester cinq ans au service de l'Administation après leur sortie de l'Ecole.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la sous-direction du Personnel de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à Paris (4e), bureau, n° 9.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Faugère, agrégé libre, a été nommé professeur sans chaire.

Faculté de Médecine de Lille. — M. le Prof. Leclercq a été nommé doyen pour trois ans.

Faculté de Médecine de Nancy. — M. le Prof. Richon, retraité, est nommé professeur honoraire.

Santé Publique. — Hôpitaux psychiatriques. — M. Adam, préfet de 2e classe en service détaché, directeur régional de la Famille et de la Santé, en résidence à Poitiers, est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique Marchant, à Braqueville (Haute-Garonne), en remplacement de M. le Dr Leclainche, appelé à d'autres fonctions. (*J. O.*, 19 août 1941.)

Secrétariat d'Etat au Travail. — Le *Journal Officiel*, du 11 août, annonce que les subventions suivantes ont été attribuées :

Société de Prophylaxie Sanitaire et Morale, 100.000 francs (arrêté du 2 mai 1941).

Comité National de Défense contre la Tuberculose, 1.500.000 francs (arrêté du 2 mai 1941).

Institut Prophylactique, 1.000.000 de francs (arrêté du 2 mai 1941).

Comité National de l'Enfance, 1.400.000 francs (arrêté du 2 mai 1941).

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Gaston Cantorné, conseiller municipal de Bordeaux est nommé adjoint au maire de Bordeaux. (*J. O.*, 13 août 1941.)

Légion d'honneur. — Guerre. — Chevalier à titre posthume : le médecin-lieutenant de réserve François Erembert, du 103e R. I.

Médaille militaire à titre posthume. — Le médecin auxiliaire Bourmalo, du 21e R. I. (Croix de guerre avec palme).

Le médecin auxiliaire Charet, du 623e rég. de pionniers sénégalais (Croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 11 août 1941.)

Médecine vétérinaire. — *Le Journal Officiel* du 20 août 1941 publie la loi du 26 juillet, relative à l'exercice de la médecine vétérinaire. La loi précise les conditions dans lesquelles les élèves des écoles nationales vétérinaires, ayant trois années d'études, peuvent faire des remplacements de vétérinaires ou docteurs vétérinaires.

Fondation d'Heucqueville. — Centre d'Etudes. — Le Centre d'Etudes de la Fondation d'Heucqueville, reconnue d'utilité publique, par décret du 21 mars 1935, 81-85 boulevard de Montmorency, à Paris, rassemble tous les éléments de travail sur les questions relatives à l'hérédité biologique, la puériculture et l'assistance : bibliothèque, documentation, laboratoire.

Le Centre d'Etudes de la Fondation d'Heucqueville donne un enseignement élémentaire sur ces questions, comprenant un cycle annuel de 75 leçons.

Chaque année, les élèves se renouvellent en trois séries commençant respectivement le cycle annuel les premiers lundis de mars, juillet et novembre.

Adresser les demandes de renseignements et d'inscriptions à la Fondation, 81-85, boulevard de Montmorency, Paris (16e).

Réouverture des Centres de Rééducation. — Les organisations médico-scolaires du Dr de Parrel et de l'Œuvre de la Réadaptation de l'Enfant reprennent leur activité. *A Paris*, le Centre de Rééducation du 78, boulevard Malesherbes, fonctionne depuis le 1er septembre. Le Centre social du 13 rue de l'Ancienne-Comédie vient de rouvrir ses portes après les vacances annuelles. En *zone libre*, un centre a été fondé, l'année dernière, à Antibes ; la rentrée y a eu lieu le 1er septembre.

Ces établissements reçoivent des internes et des externes : retardés scolaires, instables, incoordonnés psycho-neuro-moteurs, bégayeurs, dyslaliques, déficients respiratoires, etc. Ne sont pas acceptés : les inéducables, les épileptiques, les énurésiques.

Pour tous renseignements, s'adresser : en *zone occupée*, au Centre de Rééducation du Dr de Parrel, 78, boulevard Malesherbes, Paris (8e), Lab. 14-43 ; en *zone libre*, au Centre Social de Rééducation, boulevard de la Garoupe, Antibes (Alpes-Maritimes). Le siège de l'Œuvre est 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Odé. 39-96.

Cours de la Faculté de Médecine de Bordeaux. — Cours de Perfectionnement de gynécologie (*Acquisitions récentes de Physiopathologie et de Thérapeutique*), par le Professeur Jeanneney, avec la collaboration de MM. les Professeurs Dubreuil, Papin, Rechou, Rocher, de MM. les Professeurs agrégés Joulia, Magendie, Rivière, et de MM. les Docteurs Irène Bernard, Cator, Georget, Hirtz, Rosset, Servantie, Traissac.

Du lundi 3 novembre au samedi 8 novembre 1941, démonstrations et exercices pratiques pour médecins et étudiants.

Le matin, de 10 heures à 12 h. 30, deux leçons cliniques, avec présentation de malades, préparations, projections et une leçon de physiologie.

Le soir, de 17 heures à 19 h. 30, un exercice pratique et un exercice de thérapeutique appliquée.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux. Droit d'inscription : 200 francs.

Démonstrations pratiques sur la transfusion du sang, du 27 au 31 octobre 1941, par le Professeur Jeanneney, avec la collaboration de MM. les Professeurs Anderodias, Aubertin, Cruchet, Damade, Fabre, Papin, Wangermez et de MM. les Docteurs Servantie, Castanet, Cator, Georget, Ringenbach.

Une série de démonstrations pratiques sur la transfusion du sang auront lieu du lundi 27 octobre au vendredi 31 octobre 1941 inclus, dans le service du Professeur Jeanneney, aux Nouvelles Cliniques Chirurgicales de l'hôpital Saint-André.

Ces démonstrations sont, en principe, ouvertes aux internes et aux externes (3e année) et à tous les médecins et étudiants que la question intéresse.

Les inscriptions sont reçues dans le service du Professeur Jeanneney, à l'hôpital Saint-André.

Un éclairage de secours pour les salles d'opérations

Trop souvent, les chirurgiens habitués à utiliser le magnifique éclairage donné par la lampe scialytique ont été surpris par une panne d'électricité du secteur au moment le plus délicat d'une intervention. Pour éviter les graves conséquences de l'arrêt brusque du courant, M. Pierre Faure (fils du professeur J.-L. Faure qui fut le premier, en 1923, à prôner la lampe scialytique), a présenté la semaine dernière, à l'hôpital Gouin, un appareil de secours qui permet de parer à toute interruption intempestive du courant.

Très schématiquement, l'appareil se compose de trois phares fixés à la périphérie de la lampe scialytique. Ces phares, ainsi que plusieurs lampes de secours et une baladeuse sont alimentés par une batterie.

En cas de panne, une lampe témoin permet de trouver immédiatement dans l'obscurité le commutateur et de rendre instantanément la lumière. Cet appareil est donc extrêmement simple. Il fait honneur à l'inventeur à qui nous devons déjà une charmante voiture électrique que l'on rencontre à Paris en exemplaires de plus en plus nombreux.

LIVRES NOUVEAUX

Formulaire gynécologique du praticien, 3e édition, revue, corrigée et augmentée, par G. Jeanneney, Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux et Marc Rosset, Assistant au Centre du Cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest. Un vol. in-8° de 280 pages, avec 30 figures dans le texte. Prix : 58 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

La clarté et l'élégance que l'on était habitué à voir dans les deux premières éditions de cet excellent volume à l'usage des praticiens, se retrouvent au plus haut point dans la troisième édition que nous venons de recevoir.

Plusieurs chapitres entièrement nouveaux y figurent : les dyspubertés, les aménorrhées, les hémorragies génitales idiopathiques, la stérilité, la frigidité féminine, la fécondation artificielle, la blennorragie féminine, les vingt médicaments du gynécologue, les biopsies cyto-hormonales de la muqueuse utérine, etc.

Dans d'autres chapitres, on trouvera une nouvelle mise au point thérapeutique. Citons parmi ceux-ci : le prurit vulvaire rebelle, les métrites sous toutes leurs formes, les cancers utérins (technique que les auteurs ont pu contrôler au Centre anticancéreux du Sud-Ouest, etc.).

Il est banal de dire que cet ouvrage rendra de grands services non seulement au médecin, mais au spécialiste et à l'étudiant stagiaire, dans un service de spécialité ou de chirurgie générale. C'est cependant l'exacte vérité.

Le *Nouveau Formulaire Gynécologique du Praticien*, est un livre à conserver sur sa table, on aura souvent besoin de le consulter.

L.

Le Livre du Rhumatisant (*collection le Livre du Malade*), par Louis Caillon, médecin de l'hôpital thermal de Vichy, ancien chef de laboratoire de l'Institut Pasteur de Tunis. Un volume 290 pages, 35 francs. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Par sa fréquence et par ses conséquences, le rhumatisme doit être considéré comme un des plus importants fléaux sociaux et aussi comme un des plus négligés. C'est la maladie qui, avec la tuberculose, coûte le plus cher aux sociétés, crée le plus d'inaptitudes au travail et le plus d'infirmités. En dehors de ces considérations, un autre fait explique et justifie la publication de ce nouvel ouvrage de la collection Le *Livre du Malade*. Nulle autre maladie n'est plus liée que le rhumatisme à la question du terrain et du milieu, et nulle n'est plus modifiable par les mesures d'hygiène générale. Trop souvent, le rhumatisant est considéré comme incurable ; or, il y a peu de maladies contre lesquelles on puisse faire davantage.

L'auteur a réussi à exposer d'une façon claire et cependant complète cette question si embrouillée du rhumatisme, écartant délibérément tout ce qui est théorie et doctrine, pour ne s'attacher qu'à des détails pratiques, en particulier ceux qui concernent l'hygiène et le régime dont le malade se préoccupe à juste titre. Comme une ordonnance, si longue soit-elle, ne saurait les lui fournir, ce livre sera pour notre rhumatisant un guide précieux, et fera de lui le meilleur auxiliaire de son médecin.

L'IMPORTANCE DE L'AGE EN MATIERE DE POSOLOGIE

VIEILLESSE ET SULFAMIDOTHÉRAPIE

Par M. le Professeur R. Legrand, M. A. Breton
et Mlle Bar (1)
(de Lille)

La posologie des sulfamides n'est plus aujourd'hui discutée.

L'unanimité est faite à son égard.

Tous admettent qu'il faut frapper vite, fort et brièvement par administration précoce, réfractée et suffisante.

Cette formule lapidaire plaît ; elle est heureuse. Elle rappelle celle en usage depuis longtemps en matière de sérothérapie antidiphtérique. Elle a fait ses preuves. Elle connaît le succès et il n'est nullement dans nos intentions de lui apporter le moindre correctif ni la moindre critique.

Nous tenons toutefois à souligner — ce qui, à nos yeux, est important et jusqu'ici pas assez mis en valeur — qu'elle n'est valable que pour l'adulte et l'enfant.

Vouloir, en effet, l'appliquer ainsi dans toute son intégrité aux vieillards et à tous ceux qui ont des émonctoires insuffisants, c'est s'exposer imprudemment à des incidents et des accidents d'autant plus regrettables qu'ils surgiront chez des sujets déficients et se défendant mal.

Aussi, à la réflexion, nous n'avons pas estimé inutile d'attirer spécialement l'attention des médecins sur la nécessité pour eux d'être circonspects lorsqu'ils doivent formuler ces médicaments à des gens âgés.

Ce rappel à la prudence et aux lois fondamentales de la thérapeutique chez les vieillards est d'autant plus justifié à l'heure actuelle que la tendance générale est aux doses massives et aux indications élargies de la sulfamidothérapie.

***

Les éléments favorables à la thèse que nous défendons ici tirent leurs origines de trois sources différentes :

1° Des notions anciennes et modernes que nous possédons sur l'élimination retardée des médicaments en général et des sulfamides en particulier, par le rein sénile ;

2° Des recherches personnelles que nous avons pu faire dans un hospice de vieillards ;

3° Des observations cliniques recueillies dans la littérature contemporaine.

***

La pathologie du vieillard intéresse peu les médecins ; c'est un fait généralement reconnu.

Les traités et les manuels des maladies chez les vieillards demeurent aujourd'hui encore fort peu nombreux ; ils sont relativement anciens. Les chapitres où sont traitées les questions de thérapeutique, sont en particulier fort peu développés, souvent à peine ébauchés et parfois même totalement inexistants. D'une façon habituelle ils se contentent d'établir un rapprochement entre les âges extrêmes de la vie et d'assimiler, en ce qui concerne les doses à prescrire, l'homme âgé à l'enfant. Ils ne tiennent nullement compte de ce qu'il est classique d'affirmer en pédiatrie : que l'enfant à poids égal est infiniment plus tolérant non seulement que le vieillard mais aussi que l'adulte ; et qu'il se comporte vis à vis des médicaments — pour employer l'expression classique — « à la façon d'un panier percé ».

L'erreur de conception est ancienne, elle continue à se perpétuer au long des éditions.

Toutefois, dès 1854, Durand Fardel signalait que ce qui distingue le vieillard, c'est son imperfection à éliminer et sa faculté à retenir dans les humeurs les médicaments : ce qui devait entraîner, à son avis, des préoccupations toutes particulières eu égard aux doses à employer. Sous la plume de Rauzier dont le livre fait toujours autorité bien que datant de 1909, nous trouvons écrit que la médication quelle qu'elle soit, comportera presque toujours des doses atténuées. Pic et Bonnamour, en 1912, approuvent pleinement ces idées. Plus tard, Manquat, en 1920, conseille d'adopter la même ligne de conduite.

Telle était la situation il y a quelque vingt ans ; donc peu nettement tranchée. Le problème s'est depuis heureusement précisé. En effet, deux notions nouvelles se sont fait jour et dominent actuellement les recherches en matière de senescence : le ralentissement du métabolisme hydrique et la faiblesse de la dépuration rénale aux âges avancés.

L'importance du trouble du métabolisme de l'eau que Bastai et Dogliotti attribuent à des altérations de la perméabilité des capillaires, n'a pas tout d'abord qu'un intérêt théorique. Ses origines en sont : l'hypovolémie et la réduction globale du contenu hydrique de l'organisme. Ses conséquences : une plus grande facilité à obtenir une concentration à un taux fixé d'une substance. D'où nécessité en thérapeutique d'adopter des doses plus faibles que chez l'adulte, puisque le seuil d'efficacité est obtenu à moins de frais.

La question rénale était par ailleurs en discussion depuis longtemps. L'on savait — et la thèse de Lemoine de 1876 en fait foi — que le rein des vieillards était un rein anatomiquement altéré ; mais l'on ne connaissait pas exactement quelle était sa valeur fonctionnelle réelle.

Avec Pasteur Vallery Radot, Delafontaine en fait, en 1929, la mise au point. Le rein sénile apparaît dès lors remarquable par trois de ses caractères :

— Le déficit de sa valeur fonctionnelle dans 80 % des cas ;

— L'insidiosité de sa déficience, relevée seulement par les épreuves fonctionnelles (Delafontaine) ;

— Sa fragilité spontanée (Letienne).

C'est, avant tout, un rein qui filtre mal. En temps normal son dysfonctionnement a peu de retentissement sur la composition chimique et l'équilibre colloïdal du sang (Pierret et Breton) ; mais si on tente de le surcharger expérimentalement, il n'en est plus de même : rétention du produit dans l'organisme et concentration humorale anormale en sont les résultantes.

Les lois actuelles de thérapeutique ne peuvent pas ne pas tenir compte des deux notions biologqiues récentes dont nous venons de donner un court aperçu.

En ce qui concerne plus spécialement les médications dont l'élimination principale est rénale, les règles de posologie ont donc été, selon la logique, révisées dans le sens de la modération.

Or, qu'il nous soit permis de rappeler que les produits sulfamidés sont avant tout des médicaments qui nécessitent une certaine concentration sanguine pour être efficace, et qui passent pour s'éliminer très rapidement et presque en totalité par les urines.

L'élimination est telle, qu'elle se fait même souvent — pour des raisons qui nous échappent (Durel et Mlle Allinne) à l'état de sursaturation lorsque l'on fait usage de doses fortes ou massives, avec précipitation secondaire *in situ* possible et irritante sous forme de cristaux — lithiase sulfamidopyridique.

Le rein joue donc un rôle des plus importants. « Il secrète et même probablement il excrète activement une partie des dérivés acétylés » (Célice, Grenier et Fallot).

C'est à cause de cet ensemble de faits que, dès le début de l'emploi des sulfamides, des études de contrôle ont été entreprises pour préciser s'il y avait retentissement toxique de ces médicaments sur le parenchyme rénal.

D'après les documents rassemblés par R. Martin et Delaunay, il apparaît que le rein non taré ou fonctionnellement sain chez des sujets touchés par une maladie aiguë ne subit aucune influence néfaste.

Expérimentalement, en effet, chez l'animal sain il faut une administration massive de produit pour observer une légère diminution de la fonction rénale ; et encore sans qu'il s'en suive de lésion durable par la suite. De l'acidose peut parfois se produire. Elle n'est que passagère ; elle ne laisse pas de trace.

(1) Les dosages de sulfamides ont été effectués dans le laboratoire du Prof. Lespagnol.

Chez l'homme, mêmes constatations optimistes. Pour des doses moyennes, chez les malades à rein fonctionnellement intact, Long et Bliss ne remarquent pas la moindre irritation. C'est pourquoi le Professeur Lemierre n'hésite pas à s'en servir dans le traitement de la néphrite érysipélateuse et que Besnoit et Grupper estiment que — résultats en mains — l'albuminurie des malades atteints de pneumopathie aiguë n'est pas une contre indication.

Le rein normal tolère donc fort bien les sulfamides dans les circonstances habituelles. Toutefois il faut garder présent à l'esprit qu'un rein même tout à fait normal peut dès la première injection d'un produit sulfamidé ou à la reprise d'un traitement présenter brutalement une apoplexie viscérale et participer à la formation du tableau clinique décrit par M. Milian sous le nom de crise nitritoïde abdominale. La pathogénie qui prévaut actuellement dans l'explication de ce drame abdominal où il y a de l'anurie, repose sur l'intoxication élective du sympathique par les sulfamides. L'observation de Rathery, Duperrat et Maschas et une seconde qui a été portée à notre connaissance par le Professeur agrégé Decoulx montrent que cet accident, pour rare qu'il soit, mérite d'être signalé et retenu.

Le rein taré ou chroniquement déficient réagit par contre très différemment. Il filtre beaucoup plus lentement que le rein sain. Long et Bliss ont établi ici encore que ces reins altérés excrétaient au ralenti. Il peut se produire alors un phénomène analogue à ce que Loeper, Rathery, Labbé, Trinquit ont signalé à propos des dangers de l'hypoglycémie dans les cures insuliniques chez les diabétiques rénaux : du stokage.

Le produit ingéré tend à s'accumuler et à se concentrer dans les humeurs. Aussi Dawidowicz écrit avec raison qu'il faut être d'une prudence rare lorsqu'il s'agit d'appliquer la sulfamidothérapie chez des sujets atteints de lésions rénales.

Sans vouloir faire un relevé complet des auteurs qui partagent ce point de vue et en limitant notre bibliographie aux bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, nous retrouverons dans le détail et le commentaire des observations de René Martin, Pierre Sicard et Nicole Bourcart, Jean Celice, le Professeur Lemierre, les mêmes indications. Précisant le problème en ce qui concerne la vieillesse, René Martin, Pierre Sicard et Nicole Bourcart, Jean Celice, Louis Gougerot et P. Chastant et enfin tout dernièrement Harvier, Béthoux pensent qu'il vaut mieux s'abstenir de cette thérapeutique aux âges avancés, à moins d'y être contraint par la gravité des événements, et de contrôler alors attentivement et souvent les concentrations.

***

Le tour d'horizon que nous venons de faire, montre qu'aucune étude d'ensemble n'a été entreprise systématiquement sur ce sujet, au moins à notre connaissance. Rien de précis n'a été publié sur le comportement particulier du vieillard vis-à-vis des sulfamides.

Il faut voir dans cette absence de documents la raison des recherches presque expérimentales que nous avons poursuivies dans un hospice de vieillards dont nous avons la charge.

Le vieillard doit être évidemment étudié par comparaison avec l'adulte. Or, depuis la monographie de Durel, nous sommes pleinement documentés sur la circulation des sulfamides dans l'organisme de l'homme jeune.

Après l'administration d'une dose unique *per os* la concentration des produits diazotables dans le sang croît d'abord pendant quelques heures puis redescend peu à peu au zéro en deux ou trois jours. Le moment de la concentration maxima dans le sang dépend de la dose ingérée ; et il existe à ce sujet des variations individuelles. La courbe d'élimination urinaire correspond à celle de la concentration sanguine. Selon les sujets on retrouve en produits éliminés par les urines 75 à 95 % de ce qui a été donné par la bouche.

Lorsqu'il y a répétition dans l'administration du produit, si les doses restent moyennes et que les reins fonctionnent bien, la concentration sanguine tend à s'équilibrer. Le nombre de milligrammes pour 100 centimètres cubes de sang est le matin un peu supérieur au nombre de grammes de médicaments administrés la veille. L'élimination urinaire est terminée deux jours après la fin du traitement.

Ces données valables pour la sulfamidochrysoïdine, le 1162 F et le 693, le sont autant pour les nouveaux dérivés sulfathiasols et thiodiazoliques dont on commence à faire usage (Celice, Grenier et Fallot).

Durel a, en outre, précisé que la concentration sanguine et l'élimination urinaire s'opéraient plus rapidement si le produit était injecté par voie intramusculaire. Lucas et Mitchell ont établi que le sommet de la courbe humorale était atteint plus rapidement chez l'enfant.

Tel est l'essentiel de ce qu'il faut savoir. La question subsidiaire des proportions entre sulfamides libres et sulfamides conjuguées n'est pas tranchée avec la même netteté (1).

Le quotient sulfamidurique ainsi que l'appellent Gernez, Paget et Huriez, oscille entre 2 et 4 normalement. Son inversion traduirait une réaction organique de défense. L'efficacité du médicament tiendrait peut-être plus à la présence du produit sous la forme libre que sous la forme conjuguée.

L'étude que nous avons faite nous a montré que chez le vieillard la situation était très différente. Pour en faire la démonstration nous nous sommes adressés à treize vieillards âgés de plus de 75 ans, valides, a urée sanguine basse, que nous avons mis au lit pendant tout le temps nécessaire, qui tous ont reçu la même alimentation et les mêmes boissons alcalines abondantes leur assurant une diurèse satisfaisante.

Cinq d'entre eux ont reçu une dose unique intramusculaire de 4 grammes de 693, trois une dose unique de 8 grammes et les cinq derniers, cinq jours de suite 3 grammes. Quotidiennement une prise de sang a été faite. Chaque jour, les urines ont été recueillies avec une précaution d'autant plus aisée que les sujets étaient au lit, ce qui a facilité grandement notre tâche et nous a mis à l'abri de certaines critiques.

Sur le sang et sur les urines des examens de laboratoire ont été effectués. Ils ont porté sur la sulfamidémie, la sulfamidurie et le rapport $\frac{SL}{SG}$. Le procédé de dosage utilisé a été celui de Marshall au B naphtol.

La lecture des graphiques ainsi obtenus est des plus intéressante. Deux ordres de constatations en découlent.

A) Chez le sujet âgé apparemment sain, non urémique ayant reçu une seule et unique dose de sulfamide.

1° *La courbe de concentration sanguine n'obéit a aucune règle fixe :*

Tel sujet a un taux de sulfamidémie encore insignifiant au bout de 24 heures tandis qu'un second effectuera au même moment son clocher maxima. Un troisième présentera à retardement des chiffres anormalement élevés et durables par rapport à la dose injectée tandis que d'autres n'auront plus que des traces de médicaments.

2° *La courbe d'élimination urinaire est étalée et écrasée sur six jours en moyenne avec insuffisance nette* dans l'élimination qui plafonne autour du chiffre moyen de 64 %. Il y a dissociation fréquente entre la courbe de la sulfamidémie et la courbe de la sulfamidurie.

---

(1) Il ne convient pas à notre avis d'attribuer au « Quotient sulfamidurique » une valeur trop rigoureuse. D'expériences déjà nombreuses que nous avons réalisées, il résulte, en effet, que ce rapport est assez variable selon les individus et semble, en outre, être sous la dépendance des doses ingérées et du moment où l'on se trouve par rapport au début de l'administration du médicament.

Enfin, en dehors de toute considération biologique, la précision encore bien imparfaite du dosage des sulfamides dans les liquides de l'organisme rend la détermination d'un tel rapport sujet à des erreurs assez importantes.

Notons, d'ailleurs, qu'il serait plus rationnel de considérer le rapport $\frac{\text{sulfamide libre}}{\text{sulfamide totale}}$ plus que celui $\frac{\text{sulfamide libre}}{\text{sulfamide conjuguée}}$.

En effet, le terme sulfamide conjuguée s'obtient par différence entre le chiffre trouvé pour la sulfamide totale et celui trouvé pour la sulfamide libre ; de sorte que cette différence est entachée de plus d'imprécision que les deux autres termes.

3° *Le quotient sulfamidurique est plus bas que de coutume*, compris dès le départ souvent entre 0.44 et 1.20 mais relativement fixe pour un même vieillard.

B) Chez le sujet âgé, apparemment sain, non urémique ayant reçu des doses moyennes de 3 grammes pendant cinq jours consécutifs :

1° La courbe de la sulfamidémie subit, en général, une ascension progressive pendant toute la durée de l'administration des médicaments. *Il y a accumulation du produit*, les taux sanguins trouvés sont donc trop élevés en égard aux doses injectées. Par contre, dès la cessation de l'administration du produit, la chute est brutale, en deux ou trois jours les sulfamides ne sont plus dosables.

2° La courbe de la sulfamidurie explique les anomalies de la sulfamidémie. Dans un premier temps il y a *retard à l'évacuation* d'où rétention.

Dans un *deuxième, élimination en lysis* avec six jours de moyenne pour débarrasser l'organisme. Le taux moyen de 66,5 % traduit l'insuffisance de la dépuration.

3° Le quotient sulfamidurique, quoique plus élevé est toujours anormalement faible. Il chute régulièrement au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la période des injections. Il est sans signification clinique possible lorsqu'on le cherche tard après la cessation de l'administration du produit.

***

Les faits que nous venons de rapporter, permettent de trouver une explication rationnelle à certaines anomalies découvertes à la lecture d'observations de malades âgés traités par la sulfamidothérapie intense. Ils expliquent l'apparition d'accidents d'intoxication arrivés trop précocement ou d'une gravité toute particulière.

Nous comprenons alors pourquoi l'on peut trouver chez le vieillard :

— *Une hauteur exagérée par rapport aux doses administrées du taux de la sulfamidémie, un retard à la concentration, une longueur de la durée de cette même concentration*. La malade de 50 ans de René Martin, Pierre Sicard et Nicole Bourcart, trente-six heures après avoir absorbé 13 grammes avait 30 milligrammes pour cent de sulfamides dans le liquide céphalo-rachidien et n'avait éliminé pour une diurèse de un litre que 160 milligrammes pour cent au lieu des cinq à six cents milligrammes que l'on aurait du trouver.

— *Une persistance anormale des sulfamides dans les urines ;* ce qui laisse à penser, d'après les renseignements cliniques, à une action bactériostatique plus prolongée que le taux de sulfamidémie ne tiendrait à le faire admettre. Ce fait est à retenir, si pour une raison thérapeutique l'on était obligé d'avoir recours à des médicaments contre-indiqués pendant l'emploi des sulfamides : pyramidon, sulfate de soude, de magnésie, arsenic, etc...

— *Un excès d'élimination des sulfamides conjuguées :*

Le vieillard réagit à cet égard à la façon des hépatiques, des déshydratés, des obèses. Nous n'avons pas observé chez lui des phénomènes de stockage.

Des accidents sont notés en assez grand nombre dans la littérature ; mais il ne semble pas que les auteurs aient établi fréquemment une relation de cause à effet entre l'âge avancé de leurs malades et l'apparition précoce ou anormale des accidents. Les accidents se voient naturellement lorsque l'on a donné des doses prolongées ou fortes ; ainsi voyons-nous rapporté récemment par Hillemand et Audoly un syndrome anémique et granulopénique chez une femme de soixante-douze ans. Lorsque l'on emploie des doses moyennes les incidents sont simplement un peu plus fréquents que chez l'adulte et restent presque toujours sans gravité. Sur la série des vingt-trois pneumopathies aiguës traitées, Jean Olmer, Abignoli et Gastaud n'ont eu que 8,4 pour cent d'incidents immédiats et 8,4 pour cent d'accidents tardifs. Nous-mêmes nous avons observé les mêmes proportions et nous avons remarqué que les incidents se produisaient aussi bien chez les sujets à intradermoréaction positive aux sulfamides que chez les sujets à intradermoréaction négative. Ce qui nous empêche de reconnaître toute valeur prophylactique à cette recherche que les auteurs américains ont prôné pour dépister la sensibilité de certains malades aux sulfamides.

L'anorexie et l'asthénie sont les phénomènes les premiers en date et les plus constants. Viennent ensuite les vomissements et les nausées pénibles. Souvent les vieillards font une augmentation en flèche de leur urée sanguine. Peut-être celle-ci est-elle d'origine extra-rénale ? L'augmentation notée disparaît presque toujours cinq à six jours après la cessation du médicament.

A la fin d'une série d'injections, il n'est pas rare de trouver une accentuation de l'anémie hypochrome propre aux âges avancés et sur laquelle Faure Beaulieu, Cahen et Feld ont attiré l'attention en 1938. Les accidents secondaires graves de la série sanguine ne se sont jamais produits entre nos mains — pas plus d'ailleurs que des accidents nerveux — nous n'avons d'ailleurs jamais utilisé de fortes doses.

***

Les conclusions de cet article semblent s'imposer.

La vieillesse est l'âge des réactions paresseuses.

Le rein demande à être ménagé, en toutes circonstances.

C'est un organe qui garde souvent toutes les apparences d'une activité suffisante mais qui ne peut plus être surmené.

Le rein ne sait plus en particulier éliminer rapidement les médicaments. Le fait n'est pas unique pour les sulfamides, il est valable et c'est connu depuis longtemps pour l'insuline, la digitaline, le gardénal et l'arsenic.

En ce qui concerne les sulfamides, la ligne de conduite suivante est à conseiller :

Ne pas utiliser les sulfamides chez le vieillard à tout venant ;

Ne les employer qu'en cas d'indication franche ;

Les donner alors à doses suffisantes mais toujours à minima sans craindre la création d'une sulfamidorésistance.

Si chez l'adulte le grand obstacle au maintien d'une concentration efficace provient de la rapidité avec laquelle le produit s'élimine, il faut se rappeler qu'aux âges avancés ce facteur ne joue pas avec la même importance. Si la gravité de la maladie l'exige, accorder des doses fortes mais sous le contrôle strict du laboratoire et dans le temps le plus bref ;

Se rappeler avec Durel, Celice et nombre d'auteurs que s'il y a intérêt à obtenir une sulfamidémie suffisante pour avoir sûrement une action thérapeutique heureuse il ne faut pas confondre les notions de concentration et d'activité. La concentration sanguine n'a pas toute l'importance mathématique que certains ont voulu lui donner. Retenir enfin, que chez le vieillard plus encore qu'à tout autre âge, il faut tenir compte des variations individuelles du seuil d'efficacité sur lequel a insisté l'an dernier le Professeur Rathery.

***

Note des Auteurs. — « *Nous avions donné le « bon à tirer » de cet article déposé en juin 1941 et basé sur un travail paru à la Société de Médecine du Nord, le 22 février 1941, quand est parvenu à notre connaissance l'article de MM. Cachéra, Maillard et Baud.* (Semaine des Hôpitaux de Paris, 15 juillet 1941.) *Nous sommes entièrement d'accord avec ces Auteurs sur les succès de la* Sulfamidothérapie dans le traitement des affections pulmonaires en gériâtrie *lorsqu'on emploie les sulfamides aux doses usuelles indiquées par les Auteurs de l'article ; c'est-à-dire à des doses actuellement considérées comme modérées.* »

(Lille de 9 août 1941.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES VETERINAIRES

Jeudi 24 juillet 1941. — Jury : MM. Tanon, Létard, Lesbouyries, Darraspen. — M. Hoxha. État de l'élevage en Albanie. Comment on pourrait l'améliorer. — M. Moysan. La sélection du cheval breton par les épreuves.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 19 aout 1941

Rapport. — M. Brocq-Rousseu dépose un rapport sur des demandes en **autorisation de sérums.**

Rapport au sujet de l'emploi du sulfate neutre d'orthooxyquinoléine dans la conservation des fruits. — M. Tanon, au nom de la Commission des produits de remplacement, composée de MM. Vincent, Martel, J. Renault, Brouardel, Brocq-Rousseu, Fabre, Tiffeneau, donne lecture d'un rapport sur cette question. Le sulfate d'orthooxyquinoléine se présente sous la forme d'une poudre formée de 33 % de ce corps et de 67 % de dextrose qu'on dissoudrait dans de l'eau à raison de 300 grammes pour 10 litres. Les fruits et, en particulier les poires et les pommes, y seraient trempés pendant 10 ou 15 minutes. Le dextrose a pour but de faciliter l'adhérence.

La Commission de l'alimentation du Comité consultatif d'hygiène de France avait déjà donné un avis défavorable après rapport de M. Schaeffer, considérant qu'il n'y avait pas lieu, dans les circonstances présentes d'augmenter le nombre des produits anticryptogamiques qui n'avaient pas encore fait preuve de leur complète innocuité tant expérimentale que clinique.

La Commission de l'Académie partage cet avis et juge, en outre, que toute autorisation d'addition d'antiseptique des aliments, même à leur surface, aurait l'inconvénient de donner une fausse sécurité au producteur comme au consommateur, en incitant à méconnaître ou à délaisser les soins et les précautions de propreté les plus élémentaires dans la récolte des fruits. Elle propose donc de donner un avis défavorable.

Sur la sensibilité tuberculinique chez les cobayes vaccinés par des scarifications de B. C. G. — M. J. Bretey compare la courbe de la sensibilité tuberculinique chez des cobayes qui ont reçu du B. C. G. soit par scarifications à travers une goutte d'émulsion contenant un quart de milligramme de vaccin, soit par injection sous-cutanée de 0,1 milligramme de vaccin. L'allergie est plus précoce, mais surtout bien plus intense et plus persistante chez les premiers. Après 525 jours, ces cobayes réagissent encore à l'injection intradermique de 0,000.005 cm³ de tuberculine brute.

Discussion. — M. Guérin. — Un mot seulement pour souligner l'importance du travail de M. Bretey. Si l'on a discuté, et si l'on discutera peut-être encore, la plus ou moins grande solidarité des deux termes, *allergie* et *prémunition*, il est un fait certain maintenant, c'est que, dans l'état actuel de nos connaissances, la constatation de l'allergie, c'est-à-dire de la sensibilité à la tuberculine, est le seul test que nous possédions pour le contrôle de la prémunition.

Or, la vaccination au B. C. G. par *scarifications cutanées*, est la méthode de choix pour l'obtention sûre, rapide et durable de l'état d'allergie dans toutes les espèces sensibles.

Dès maintenant l'Institut Pasteur se tient à la disposition des intéressés, pour leur délivrer la dilution de B. C. G. à *concentration spéciale* pour la pratique de cette méthode, chez les nouveau-nés, les enfants plus âgés, les adolescents et les adultes, avec les instructions utiles.

De la fréquence de l'aortite non syphilitique en clinique rurale. Essai de pathogénie et de traitement. — M. R. Mollinéry. — Cette communication est suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Milian, Laubry et Sergent.

Les algues marines des côtes bretonnes dans l'alimentation de l'homme et des animaux. — M. Champagne rappelle que les algues sont utilisées en Extrême-Orient pour la nourriture des hommes et des chevaux. Leur richesse en vitamines A et D permettrait de les substituer à l'huile de foie de morue devenue très rare. C'est au mois d'août que les algues des côtes bretonnes sont le plus riches en éléments nutritifs.

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

Séance du 3 juin 1941

Service social. — Le R. P. Riquet croit utile, pour aboutir à une définition satisfaisante de l'assistante sociale, agent du Service social, de donner l'historique du Service social lui-même. Il classe ensuite les assistantes en assistantes spécialisées dans la prévention, l'hôpital, l'usine, auprès de l'enfance et en polyvalentes, à la fois familiales et médico-sociales. Polyvalence justifiée, d'ailleurs, par l'enchevêtrement constant des problèmes médicaux et des problèmes sociaux.

Mme Gouin expose les conditions dans lesquelles sont aujourd'hui placées les assistantes sociales. Elle déplore l'absence de cadres autonomes.

M. Barthe expose le travail social à l'usine. Les assistantes sociales y travaillent parallèlement avec le médecin, sur le pied de l'égalité, car les problèmes d'inadaptation ou le carence qui se posent pour l'ouvrier et pour le patron demandent des solutions où les deux activités médicales et sociales sont imbriquées. De plus, l'assistante sociale qu'il vaut mieux appeler à l'usine surintendante, a la charge du confort de l'ouvrier à l'usine, de son hygiène, de son alimentation dans certains cas et, enfin, de son éducation hygiénique et sociale.

M. Rouèche signale à ce sujet que saint Vincent de Paul, qui est probablement le premier organisateur d'un service social, demandait à ses filles une formation et une activité médicales.

M. Marcel Martin reconnaît, en effet, que ce serait rétrécir le rôle de l'assistante sociale que de l'incorporer dans la profession médicale, car elles apportent plutôt des conseils que des soins, et leur caractère ménager domine leur activité. Malheureusement, la paperasse leur prend 75 % de leur temps. On en compte environ 12.000 en France, dont près de 2.000 dans la Seine. Le nouveau service social, organisé dans la région parisienne comporte des districts dont la population varie entre 3.000 et 10.000 habitants. Les assistantes sociales peuvent être là les auxiliaires du médecin, dans le domaine social, bien plutôt que dans le domaine médical pur. Il serait bon, en tout cas, que ces assistantes sociales soient groupées dans le même ministère. Pour les cadres autonomes, c'est une question d'espèce, mais en tout cas, il faut éviter de créer des services sociaux sans être sûr que leur création soit absolument nécessaire.

THÈSES DE PROVINCE (1)

THESES DE MEDECINE DE MONTPELLIER

Année scolaire 1939-1940

Abdurrhaman (Mehmet) : Voir Mehmet Abdurrhaman.
N° 24. — Amade. — *Contribution à l'étude de la gastrostomie par les procédés de tunellisation.*
Amin Chihata : voir Chihata (Amin).
N° 124. — André. *Les métastases du cancer de la prostate.*
N° 101. — Aronchtein. — *A propos d'un cas de kyste du mésentère.*
N° 85. — Atger. — *De l'infiltration des moignons douloureux.*
N° 84. — Aubenque. — *Contribution à l'étude de la question de l'internement des épileptiques.*
N° 87. — Aubouy. — *De la localisation radiologique des corps étrangers en chirurgie de guerre.*
N° 18. — Augé. — *Prophylaxie des maladies vénériennes dans les pays belligérants.*
N° 107. — Augier. — *Contribution à l'étude des vulvo-vaginites de la petite fille. Traitement actuel.*
N° 116. — Aury. — *Les désinsertions du mésentère dans les contusions de l'abdomen.*
N° 59. — Baixas. — *L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée par injection intraveineuse.*
N° 8. — Bardie. — *L'association salicylate de soude-hexaméthylènetétramine dans les affections aiguës. Ses indications.*
N° 86. — Barral. — *De la gastro-jejunostomie antérieure en chirurgie gastrique.*
N° 102. — Bérard. — *Contribution à l'étude du fibrome de l'orbite et en particulier de la sclérotique.*
N° 137. — Besseige. — *Contribution à l'étude de l'influence de l'insuline sur le métabolisme hépatique.*
N° 78. — Bigonnet. — *Contribution à l'étude des capillaires des épileptiques.*
N° 41. — Blanchard. — *Une observation d'ostéite métaphysaire bipolaire tuberculeuse.*
U. 2. — Blotman. — *Contribution à l'étude de l'immobilisation dans les arthrites de l'épaule.*
N° 62. — Bobinkovitch. — *Contribution à l'étude des kystes du vagin au cours de la grossesse.*
N° 79. — Bottou. — *Contribution à l'étude du volvulus du grand épiploon.*
N° 36. — Boubal. — *Tétanos céphalique et appareil auriculaire.*
N° 150. — Bouchet. — *A propos d'un cas de zona multiple.*
N° 91. — Bouët (Mlle). — *Une observation de tumeur à myéloplaxes? Evolution particulièrement maligne.*
N° 95. — Boutboul. — *Les troubles psychiques au cours du rhumatisme articulaire aigu.*
N° 134. — Brémond. — *Les hématuries dans les hydronéphroses.*

---

(1) Voir Thèses de Marseille (*Gaz. Hôp.*, nos 63-64).

PHOSCAMINE

Granulé Recalcifiant, Hématogène

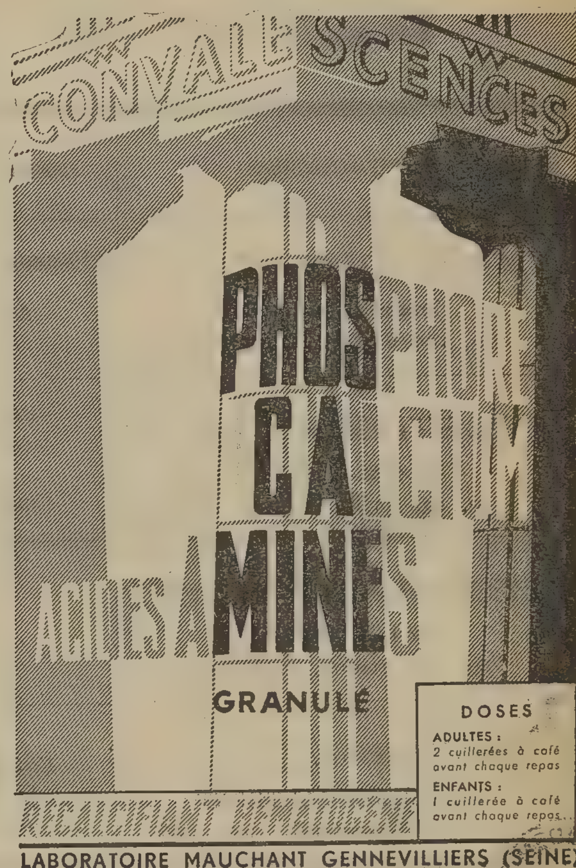
- ACTIVATEUR DE L'ASSIMILATION -

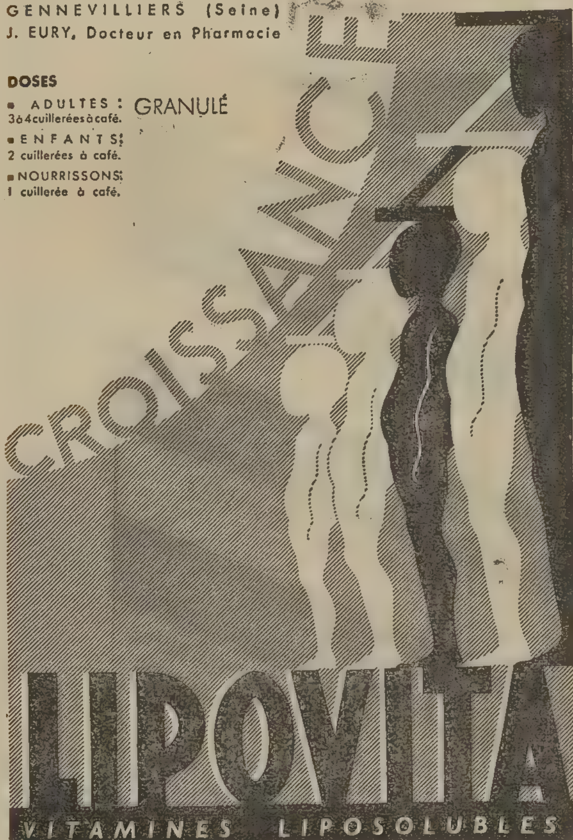
COMPOSITION

ACIDES AMINÉS, PROVENANT DE L'HYDROLYSE DES HÉMATIES, MÉTHYLARSINATE DE SOUDE POLYGLYCÉROPHOSPHATES

INDICATIONS

anémies
dépression nerveuse
convalescences





LIPOVITA

granulé très agréable au goût à base de vitamines liposolubles

COMPOSITION

Chaque cuillerée à café contient :

VITAMINE " A "
200 UNITÉS INTERNATIONALES
VITAMINE " D "
2.000 UNITÉS INTERNATIONALES

■

INDICATIONS

troubles de la croissance
rachitisme
ostéomalacie
tétanie
décalcification
dans toutes ses manifestations
tuberculose
états infectieux, etc.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
LAROSCORBINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Vitamine C synthétique cristallisée* Comp. : 2 à 4 p. j. Amp. 2 cm³ : 1 à 2 p. j. Amp. 5 cm³ : 1 p. j.	Toutes déficiences organiques
PROSTIGMINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Péristaltigène synthétique* Amp. 1 cm³ : 1 à 2 p. j. *Antimyasthénique* Comp. : 4 à 6 p. j. et plus	Atonie intestinale et vésicale post-opératoire Myasthénie grave
SÉDOBROL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	Na Br *dissimulé* *bouillon savoureux* *Tablettes* 1 à 4 p. j. et plus	Tous symptômes nerveux même chez les enfants
VULCRINOL Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait de foie de veau* FRAIS *Thiosulfate de magnésium* *Hexaméthylène tétramine*	Insuffisance hépatique Etats anaphylactiques Intoxications

No 4. — Bribes. — *Contributions à l'étude des anémies post-opératoires chez les gastrectomisés.*
No 92. — Broussous (Mme), née Genet. — *Pseudo-tumeur du creux poplité.*
No 109. — Buet. — *Sur une épidémie de diarrhée dans une division d'infanterie. Action probable de la décongélation de la viande.*
No 125. — Buscail. — *Le sarcome annulaire de l'iris et du corps ciliaire.*
No 17. — Calvet. — *Contribution à l'étude des inconvénients de la conservation des ovaires « in situ » dans l'hystérectomie.*
No 65. — Camaré. — *La maladie de Sutton.*
No 15. — Cassanas. — *Contribution à la cure hydrominérale de Saint-Nectaire.*
No 70. — Castel (Gabriel). — *Inflexions diaphysaires (métaphyse) après évidement dans les ostéomyélites aiguës.*
No 71. — Castel (Pierre). — *De quelques sels de thorium. De leur action expérimentale et de leurs localisations histologiques.*
No 152. — Cauvy. — *Contribution à l'étude de la désarticulation de la hanche.*
No 30. — Cayro. — *Contribution à l'étude des résultats éloignés de la gastro-entérostomie dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. Les avantages de la gastrectomie.*
No 23. — Chaptal. — *La place de l'héliothérapie dans le traitement de la tuberculose génitale de la femme.*
No 131. — Chaussat. — *Le gliome vrai ou astrocytome de la rétine.*
No 94. — Cheynel. — *Contribution à l'étude de l'ulcère gastro-duodénal chez les brûlés. L'ulcus de Curling.*
U. 1. — Chihatah (Amin). — *Un cas de dégénérescence maligne de la maladie de Recklinghausen.*
No 122. — Chochon. — *Le syndrome de l'hémorragie du sinus caverneux.*
U. 6. — Chrabolowski. — *Le service de santé et l'hygiène dans un bataillon d'infanterie pendant la guerre d'Espagne 1936-1939.*
No 103. — Chrétien. — *Contribution à l'étude de la position des doigts sur le cadavre. Déductions médico-légales.*
No 37. — Coste (Henri). — *Les occlusions intestinales consécutives aux opérations gynécologiques.*
No 25. — Coste (Jean). — *Contribution à l'étude de la spirochétose ictéro-hémorragique.*
No 32. — Costecalde. — *Quelques remarques à propos de la strychninothérapie de la diphtérie maligne.*
No 77. — Coupier. — *Le traitement du diabète par l'insuline protamine-zinc.*
No 121. — Courapied. — *Contribution à l'étude du traitement de l'ostéomyélite par la radiothérapie.*
No 14. — Courbette. — *Des formes neurologiques du cancer du poumon.*
No 61. — Courrech. — *Syndromes paralytiques du sommet de l'orbite par hématome.*
No 49. — Debord. — *Le traitement du blépharospasme par les injections d'alcool.*
No 132. — Demarque. — *Variations sur le néo-hippocratisme.*
No 144. — Dijonneau. — *Contribution à l'étude de la rééducation des mutilés du membre supérieur.*
No 33. — Donat. — *L'enchevillement des fractures du col du fémur. Indications et technique simplifiée.*
No 147. — Duluc. — *Recherches sur l'origine du sucre excrété par le chien dépancréaté à l'état de jeûne.*
No 128. — Durand (Eugène). — *Examen de deux ovaires féminins prélevés à la fin de la grossesse. Considérations sur leur valeur hormonale.*
No 21. — Durand (Georges). — *Contribution à l'étude du segment inférieur de l'utérus.*
No 73. — Durand (Louis). — *La réserve alcaline. Ses différents modes de dosages. Ses interprétations dans les acidoses rénales et dans les céto-acidoses.*
No 118. — Duval. — *Le sérum de convalescent dans le traitement de la fièvre typhoïde.*
U. 9. — El Akkad. — *Contribution à l'étude du traitement de la dilatation des bronches chez l'enfant par le sulfarsénol.*
No 81. — Escalaïs. — *Contribution à l'étude de la splénectomie au cours d'une cirrhose atrophique ascitogène avec hématémèses graves.*
No 35. — d'Estève de Pradel. — *Pneumonie franche ou fluxion de poitrine?*
No 16. — Etienne. — *Trois cas de paralysie spinale infantile à début anormal (forme pseudo-coxalgique).*
No 55. — Fagalde. — *L'infection dentaire du sinus maxillaire.*
U. 4. — Fajgelsohn. — *Les indications chirurgicales dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal.*
No 151. — Flous (Mlle). — *Influence de la cure hélio-marine sur les ganglions tuberculeux.*
No 39. — Fonroget. — *Contribution à l'étude des colibacilluries graves du nourrisson.*
No 72. — Froissart. — *Contribution à l'étude de l'hypertonie psychomotrice.*
No 66. — Garrigues. — *Quelques remarques sur la cardiazolthérapie.*
No 7. — Giralt. — *A propos d'un cas d'hypertension artérielle paroxystique traité chirurgicalement.*
No 26. — Godlewski. — *Etude anatomo-clinique d'un cas de fluxion appendiculaire.*
No 43. — Gondange. — *L'amibiase autochtone.*
No 104. — Gontier. — *Maladie de Roger dans ses rapports avec grossesse, accouchement, suites de couches.*
U. 10. — Gouda. — *Greffes dermo-épidémiques en godets (méthode d'Alglave).*
No 149. — Gros. — *Les traumatismes de l'appareil connecteur du genou. Classification et traitement d'après 150 observations.*
No 130. — Grosbois. — *A propos du traitement des méningites traumatiques par les composés sulfamides.*
No 126. — Guibert-Germain. — *Le traitement de la migraine ophtalmique par les injections d'acétylcholine.*
No 97. — Guyénot. — *Les idées directrices du traitement de la bacillose laryngée.*
No 135. — Habay. — *Recherches sur la cause des accidents convulsifs provoqués par l'insuline-protamine-zinc.*
No 11. — Haon. — *Possibilités du cinéma dans l'enseignement de la séméiologie chirurgicale et de la petite chirurgie.*
136. — Heuls. — *Le lipiodo-diagnostic trachéo-bronchique et ses accidents.*
No 40. — Hoarau. — *Contribution à l'étude des agénésies congénitales du cubitus.*
No 120. — Humbert. — *Les ruptures de l'urètre membraneux. Complication des fractures du bassin.*
No 56. — Imbert. — *De la détection histochimique et histo-radiographique du bismuth introduit expérimentalement dans l'organisme.*
No 31. — Jalote. — *Les métastases squelettiques diffuses dans le cancer du sein. Aperçu clinique et thérapeutique.*
No 117. — Janicot (Mme), née Lacas. — *Contribution à l'étude de l'ostéomyélite éburnante.*
No 52. — Jauze. — *L'épilepsie cardiaque par syndrome de Stokes-Adams.*
No 88. — Joal. — *Phalangisation du premier métacarpien.*
No 148. — Kranzdorf. — *Contribution à l'étude du traitement de la luxation récidivante de la rotule.*
U. 12. — Kulaflieff. — *Quelques considérations à propos du traitement physiothérapique du cancer de la verge.*
No 67. — Lafaye. — *Les indications et contre-indications des injections sclérosantes dans le traitement des varices.*
No 112. — Lancien. — *Revue générale sur la maladie polykystique du poumon.*
No 145. — Langlois. — *Sur une épidémie de paludisme observée dans l'arrondissement maritime de Bizerte au cours de l'automne 1939. Etude épidémiologique et clinique.*
No 74. — Lasserre. — *Contribution à l'étude de la myosite streptococcique du psoas.*
No 64. — Lazergues. — *Sur les lipides totaux et les phospholipides des tumeurs.*
No 127. — Le Bras. — *Méningite à pneumocoques et sulfamides.*
No 106. — Le Calvé. — *R.-P. Lesson, officier de santé de la marine (1794-1849).*
No 113. — Leclère. — *Etude sur 50 cas de pleuroscopies avec sections de brides. Statistique, indications, incidents, résultats.*
No 115. — Le Gall. — *Contribution à l'étude du traitement des ostéomes post-traumatiques du coude.*
No 146. — Le Meur. — *Quelques arguments physiologiques nouveaux en faveur de la consommation du vin.*
No 20. — Lescure. — *Etude critique sur les hémorragies digestives.*
No 138. — Lesnard. — *Contribution à l'étude de l'exérèse de certains néoplasmes primitifs du foie.*
No 140. — Liabot. — *Le syndrome du plancher orbitaire par tumeur maligne.*
No 133. — Lijour. — *Sur le reflux vésico-urétéral dans la tuberculose rénale.*
No 75. — Lorge. — *L'encéphalite psychosique subaiguë hyperazotémique et hyperglycémique.*
No 68. — Loubatières. — *Phonartériographie.*
No 144. — Lucrèce. — *Contribution à l'étude de la rupture de l'hydrocèle vaginale.*
U. 16. — Mankarios. — *Trois cas d'appendicectomie secondaire.*
No 13. — de Marquez. — *De l'histogénèse de la dent.*
No 82. — Maymard. — *Contribution à l'étude de l'extirpation chirurgicale des gros kystes de l'ovaire. Ponctions décompressives préparatoires.*
U. 14. — Mehmet Abdurahman. — *Contribution à l'étude du traitement chirurgical des fractures du calcanéum.*

N° 93. — Merlin. — *La méthode des injections sclérosantes dans le traitement des hémorroïdes.*
U. 7. — Michalski. — *Contribution à l'étude des suites anatomiques éloignées de l'intervention de Fredet pour sténose hypertrophique du pylore chez les nourrissons.*
N° 9. — Michel. — *La chrysothérapie intra-pleurale dans les pneumothorax inefficaces.*
N° 1. — Monnier. — *Etude qualitative et quantitative des lipides dans les cancers expérimentaux (épitheliomas atypiques de Flexner-Jobling).*
N° 34. — Moracchini. — *A propos d'un cas d'ostéomalacie avec diabète chez un enfant.*
N° 28. — Morel. — *Traitement de la fièvre de Malte par les sulfamides et les colorants amino-azoïques.*
N° 76. — Moulin. — *Contribution à l'étude des fractures de la mâchoire inférieure en temps de guerre. Réduction et contention. Appareils spéciaux.*
N° 98. — Nguyen Dinh Duc. — *Le syndrome de Dercum. Revue générale et contribution à son étude critique.*
U. 8. — Nick. — *A propos d'un cas de plaques syphilitiques.*
U. 13. — Offman (Mlle). — *Le cancer primitif de la trompe de Fallope.*
N° 90. — Orabona. — *Les greffes osseuses et cartilagineuses dans le traitement chirurgical de l'ozène.*
N° 53. — Orssaud. — *Contribution à l'étude de la tuberculose mammaire.*
N° 123. — Orthlieb. — *Traitement des épididymites gonococciques par les injections funiculaires de novocaïne (méthode d'Imbert).*
N° 139. — Otter. — *Le traitement du trachome par injections sous-conjonctivales de sulfamidés solubles.*
N° 89. — Pagès. — *Etude critique du traitement des fractures ouvertes par les plâtres occlusifs.*
N° 38. — Pariselle. — *Contribution à l'étude du traitement du cancer de la lèvre inférieure.*
N° 141. — Patounas. — *Un cas d'œsophagoplastie préthoracique pour oblitération cicatricielle de l'œsophage par caustique. Revue générale du traitement chirurgical.*
N° 54. — Payré (Mme) née Vigne. — *Contribution à l'étude des méno-métrorragies d'origine ovarienne.*
N° 60. — Pelet. — *Diverticulite de Meckel et appendicite. Etude critique de quatre observations.*
N° 110. — Pellé. — *Sur les radionécroses secondaires de la vessie après curiethérapie du cancer du col utérin.*
N° 105. — Pénau. — *L'acide para-sulfamido-phényl azo-salicylique (corps G 33) dans le traitement du trachome.*
N° 45. — Perrin. — *A propos d'un cas d'ostéite syphilitique du tibia. Observation, diagnostic et enquête sociale.*
N° 46. — Peyre. — *Contribution à l'étude de la résection endo-urétrale de la prostate. Sa place dans la pratique chirurgicale urologique.*
N° 63. — Pham Le Tiep. — *L'extraction totale de la cataracte à la pince.*
N° 48. — Pietrera. — *Anorexie et hypopituitarisme antérieur de Bickel.*
N° 57. — Pioch. — *Contribution à l'étude de la granulie froide.*
N° 96. — Ponseillé. — *Contribution à l'étude du traitement des fractures diaphysaires de guerre par l'immobilisation plâtrée.*
N° 51. — Pouech. — *La cure occlusive plâtrée dans le traitement des plaies de guerre.*
N° 5. — Poujol. — *Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire chez l'enfant.*
N° 69. — Prudent. — *A propos de 70 cas de césariennes faites à l'hôpital de Nevers depuis 1932. Indications, technique, résultats. (Travail du service d'obstétrique de l'hôpital de Nevers.)*
N° 29. — Puig. — *L'huile d'olive phéniquée en injections intra-musculaires dans le traitement curatif du tétanos (neuf observations).*
N° 129. — Quentel (Alain). — *Sur les mécanismes d'adaptation à l'immersion dans l'eau à différentes profondeurs.*
N° 111. — Quentel (Joseph). — *Traitement des polypes du méat urinaire chez la femme.*
N° 142. — Raoul. — *A propos de six observations inédites de maladie de Pellegrini-Stieda.*
N° 3. — Raous. — *Contribution à l'étude des colectomies droites pour cancer.*
N° 50. — Razoux. — *Contribution à l'étude des ossifications para-condiliennes du genou post-traumatiques.*
N° 12. — Renoux. — *Vaccination préventive du cobaye et de la brebis contre l'infection brucellique (Brucella melitensis).*
N° 19. — Richard. — *Le tubage duodénal en parasitologie. Valeur diagnostique, valeur thérapeutique.*
N° 47. — Rière. — *Notions récentes sur la maladie de Paget. La coxa-vara dans la maladie de Paget.*
N° 80. — Robert. — *Le myxo-adénome du sein.*
N° 44. — Rolland. — *A propos de deux observations de syndrome agranulocytaires.*
N° 27. — Romieu. — *Quelques points de la topographie du nouveau-né.*
N° 100. — Sassi. — *Sténose du pylore au cours des poussées paroxystiques ulcéreuses.*
N° 143. — Saugrain. — *Contribution à l'étude de la flore vaginale normale et du bacille de Döderlein.*
N° 10. — Sauret. — *Les hémorragies péri-rénales non traumatiques et leur séquelle, l'hématome périrénal dit spontané.*
N° 42. — Savonnet. — *A propos d'une auto-observation d'un cas de méniscectomie.*
N° 22. — Simon. — *A propos d'un cas d'ostéomyélite du fémur (grand trochanter) avec luxation pathologique de la hanche et complication cardiaque.*
N° 83. — Singla (Mlle). — *Maladie de Hodgkin et tuberculose.*
N° 58. — Soulier. — *Les nerfs splanchniques. Anatomie médico-chirurgicale. Technique d'infiltration sous-pleurale.*
N° 2. — Tachdjian. — *Sur un cas d'abcès appendiculaire ouvert dans la trompe.*
U. 3. — Urbach. — *A propos d'une observation de luxation de la mâchoire inférieure au cours d'une crise épileptique provoquée.*
N° 6. — Vacquier. — *Effets de quelques eaux minérales sur l'indice chromique résiduel du plasma chez les diabétiques.*
N° 119. — Vaillant. — *La carboxy-sulfamido-chrysoïdine dans le traitement des pleurésies purulentes à streptocoques.*
N° 99. — Viala. — *L'aspiration endocavitaire des cavernes pulmonaires tuberculeuses (méthode de Monaldi).*
N° 108. — Villeneuve. — *Contribution à l'étude du traitement de la recto-colite ulcéro-hémorragique grave.*
U. 15. — Wajsfelner. — *Contribution à l'étude du traitement des arthrites gonococciques par le vaccin antigonococcique par la voie intra-veineuse.*
U. 11. — Wali. — *Contribution à l'étude de la formule sanguine dans les anémies de l'enfance.*
U. 5. — Weintraub. — *Syndrome basedowien après un traumatisme crânien.*

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 71-72. — 3-6 SEPTEMBRE 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Par arrêté, en date du 23 août 1941, l'*hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence* est administré sous l'autorité du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé et du préfet des Bouches-du-Rhône par un directeur administratif assisté d'une commission administrative. Le service médical sera assuré par deux médecins chefs de service, recrutés conformément aux dispositions du décret du 25 décembre 1938.

Un second arrêté, portant la même date, nomme M. Taviani, ancien préfet, directeur régional de la Famille et de la Santé, au poste de directeur administratif de l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence. (*J. O.*, 25 août 1941.)

Marine. — LISTE ALPHABÉTIQUE DES CANDIDATS ADMIS A SUBIR LES ÉPREUVES ORALES DU CONCOURS D'ADMISSION A L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. (Epreuves orales à Toulon, le lundi 15 septembre 1941, à 9 heures.)

Ligne médicale. — MM. Aversenq, Baréty, Becker, Beretti, Bonduel, Bordaguibel, Boube, Bouchet, Bourdin, Braud, Brun, Bruzat, Caille, Camo, Carrère, Charpentier, Chauvin, Curcier, Diallo, Doré, Doucet, Drouin, Faucon, Fontayne, Franco, Francou, Gallien, Garrigue, Gaussen, Gélis, Grousset, Guicheney, Hameury, Hélaine, Iches, Jeulin, Journiac, Juhel, Laborde, Lagrange, Lapalle, Laplane, Lasceve, Lecussan, Le Hénand, Liron, Malvezin, Marguet, Mazelaygue, Meunier, Micheau, Miletto, Mollaret, Navarrane, Parodi, Peuchot, Peyrot, Pin, Quillichini, Rey, Rimbaud, Rouam-Sim, Rouvière, Salles, Sandot, Saout, Sermet, Sirvain, Taillefer, Thébault, Torrini, Trucy, Usannaz-Joris, Valembois, Varache, Verne, Verron, Vœlkel.

Ligne pharmaceutique. — Candidats stagiaires. — MM. Boureau, Le Pollès, Pont, Usannaz-Joris.

Candidats à quatre inscriptions. — M. Acker.
Candidats à huit inscriptions. — M. Lasjunies.

Tous les candidats désignés ci-dessus devront se présenter à l'hôpital Sainte-Anne, à Toulon, le lundi 15 septembre 1941, à 9 heures, porteurs de leur convocation individuelle, en vue de subir les épreuves orales. (*J. O.*, 27 août 1941.)

Ordre des Médecins. — MODIFICATIONS AUX CONSEILS DÉPARTEMENTAUX (Voir *Gaz. Hôp.*, 1941, nos 11-12).

Aube. — Ajouter : Dr Dauptain, de Troyes.

Bouhes-du-Rhône. — Ajouter : Dr Félix Piéri, de Marseille.

Corrèze. — Supprimer : Dr Belcour et Dr Verdeaux, démissionnaires.

Côtes-du-Nord. — Ajouter : Dr Le Goffic, de Lannion, en remplacement du Dr Le Gueut, de Tréguier, décédé.

Drôme. — Le Dr Perrier, de Valence, est nommé *président*, en remplacement du Dr Coste, démissionnaire pour raison de santé. Ajouter : Dr Cully, de Taulignan, en remplacement du Dr Morel, démissionnaire.

Hérault. — Le Conseil de l'Hérault est ainsi composé : Professeur Euzière, de Montpellier, *président* ; prof. Vidal, de Montpellier ; Dr Billet, de Montpellier ; Dr Lapeyrie, de Montpellier ; Dr Coste, de Béziers ; Dr Orssaud, de Béziers ; Dr Pichère, d'Agde ; Dr Boubouresque, de Saint-Bauzille ; Dr Goiny, de Pignan.

Isère. — Ajouter : Dr Flandrin, Pierre, de Grenoble.

Jura. — Ajouter : Dr Billot, de Champagnoles.

Loire. — Ajouter : Dr Gonthier, de la Roche-Molière.

Lot-et-Garonne. — Ajouter : Dr Valat, en remplacement du Dr Delmas, d'Agen, démissionnaire.

Mayenne. — Ajouter : Dr Soutra, de Laval.

Rhône. — Ajouter : Dr Bertoye, de Lyon.

Vienne. — Ajouter : Dr Fischer, de Chatellerault, en remplacement du Dr de Vézeaux de Lavergne, décédé.

Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins d'Algérie. — Par décret, en date du 21 juin 1941, ont été nommés membres du Conseil Supérieur : Prof. Leblanc, d'Alger, *président* ; prof. Lebon, Eugène, d'Alger ; Dr Oulié, Gaston, de Constantine ; Dr du Vésian, Jean, d'Oran ; Dr Dupuy d'Uly, Pierre, d'Alger ; Dr Vogt, Paul, de Marengo ; Dr Blanc, Joseph, de Jemmapes ; Dr Tramini, Joseph, de Mac-Mahon ; Dr Montero, Lucien, de Hammam-bou-Hadjar ; Dr Boumalit, Mohammed, d'Aïn-Beïda.

(*Bull. de l'Ordre des Médecins*, n° 3, 1941.)

Instructions au sujet des prescriptions médicales. — En raison des circonstances actuelles, le secrétaire général de la Santé a prié le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins de porter à la connaissance du Corps Médical les difficultés croissantes auxquelles se heurtent les fabricants de certaines spécialités pharmaceutiques pour effectuer leurs préparations et notamment celles *d'extraits hépatiques antianémiques*. La nécessité de ne soustraire à l'alimentation qu'un minimum de foies limite considérablement la production de ces extraits.

Il est donc indiqué de « ne prescrire, d'une manière générale les produits d'origine animale ayant une valeur alimentaire que dans les cas où l'indication thérapeutique en est formelle, afin que les malades auxquels ils sont indispensables soient assurés de toujours en trouver ».

D'autre part, le secrétaire d'Etat à la Production Industrielle insiste sur la nécessité de limiter le débit de *l'insuline*. Les ordonnances devraient indiquer les besoins réels du malade pour un temps déterminé, une semaine au maximum.

(*Bull. de l'Ordre des Médecins*, n° 3, 1941.)

Les médecins prisonniers. — Le *Bulletin de l'Ordre* (n° 3, août 1941), apporte des renseignements sur la situation des médecins prisonniers et sur les démarches entreprises à leur sujet, notamment en ce qui concerne la relève.

Le nombre actuel des médecins de réserve prisonniers dans les camps d'Allemagne est d'environ 750.

Au 1er juin 1941, les médecins libérés étaient au nombre de 1554, dont 197 officiers et 294 auxiliaires venant d'Allemagne, les autres venant de France.

Au 28 juillet, 64 nouvelles libérations ont eu lieu. Ces chiffres ne concernent que les médecins rapatriés en zone occupée. D'autres ont été rapatriés directement en zone non occupée.

Le Conseil Supérieur procède actuellement à l'établissement de la liste nominative des médecins de réserve maintenus dans les camps d'Allemagne. Les intéressés et leurs familles devront adresser au secrétariat du Conseil Supérieur, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, les renseignements utiles.

La Société de Médecine de Paris rappelle que son ancien président, le Docteur Félix Lobligeois, victime des Rayons X, vient d'être amputé de son second bras, et se trouve actuellement hospitalisé à Marmottan. Il est merveilleux de courage et d'énergie, et donne à tous, en exemple, la beauté et la bonté de son caractère.

La Société de Médecine de Paris, fait un appel pressant à tous ses membres, ainsi qu'aux confrères et à tous ceux qui désireraient participer à la souscription devant constituer un grand prix d'honneur qui serait remis à M. Lobligeois, à la séance de rentrée, en octobre.

Prière de vouloir bien adresser le montant des participations au secrétaire général, Dr Bécart, 37 bis, boulevard Berthier, Paris (17e). Compte postal Paris, 687-16.

Mariages. — Le docteur Sacquépée, médecin général inspecteur du cadre de réserve, Commandeur de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de Médecine, et Madame Sacquépée, font part du mariage de M. Jacques Sacquépée, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, leur fils, avec Mlle Jane Antoine ; et du mariage de Mlle Anne Sacquépée, leur fille, avec M. Jean Laroche.

La double bénédiction nuptiale leur a été donnée dans l'intimité le 5 août 1941, en l'église cathédrale de Luçon (Vendée).

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

LIVRES NOUVEAUX

Carence calcique et régime alimentaire, phosphore, calcium, vitamine D, par H. et M. Hinglais, chefs de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris. Préface du Professeur Fourneau. Un volume de 92 pages avec 9 figures (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications*, n° 31). Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

On s'est beaucoup préoccupé, depuis quelque temps, de l'insuffisance du régime actuel au double point de ve de l'énergétique et de l'apport en vitamines. On s'est beaucoup moins intéressé, en revanche, à l'évaluation précise des apports minéraux de la ration. C'est ainsi que les auteurs ont été amenés à constater que, au moins autant que les vitamines, certains sels minéraux d'importance primordiale sont actuellement déficients dans la ration. Il en est ainsi pour le fer, pour l'iode et surtout, à un haut degré, pour le calcium et le phosphore.

Pour ces deux derniers éléments en particulier, et pour la vitamine D qui ne saurait en être séparée, l'étude précise des besoins et des apports révèle qu'il existe à cet égard, en France notamment, une insuffisance permanente et très générale, même en période alimentaire normale.

A l'inverse, en effet, de la plupart des éléments minéraux essentiels, qui satisfont aux besoins de l'organisme à des doses si faibles, ou qui sont si largement représentés dans les produits naturels, le phosphore et le calcium sont des éléments dont l'organisme a des besoins quotidiens considérables et dont l'apport — pour le calcium du moins — est très parcimonieux dans les éléments usuels.

Les auteurs suppléent à l'absence de données précises sur la grandeur des besoins aux différents âges, sur la teneur des différents aliments en calcium et sur le coefficient réel d'utilisation du calcium alimentaire. En outre, ils posent solidement les principes d'une alimentation phospho-calcique rationnelle.

La technique culinaire et les aliments de remplacement, par Edouard de Pomiane. Une brochure de 37 pages de la collection *Les Thérapeutiques Nouvelles*. Clinique médicale de l'hôpital Cochin, publiée sous la direction de M. le Prof. F. Rathery. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Cuisine d'hier et cuisine d'aujourd'hui, tel est le sujet de la très utile brochure que le Dr de Pomiane vient de publier. L'éminent « gastrotechnicien » résume, d'une façon très claire, les notions que doivent à l'heure actuelle posséder tous les médecins. Il s'étend aussi, et les femmes de médecins lui en sauront gré, sur la cuisson, la préparation des aliments et la technique culinaire actuelle. Brillat-Savarin lèverait, sans doute, les bras au ciel en voyant où en sont réduits ses petits-neveux. Mais ceux-ci, plus sages, apprécieront les efforts de M. de Pomiane qui leur apprend à préparer, en gourmets, les quelques plats que nous permettent les restrictions... et la pauvreté du ravitaillement.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ADOVERNE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Glucosides de l'Adonis Vernalis* Gouttes : 20 à 40 p. j. Gran. : 2 à 4. Supp. : 1 p. j.	Insuffisances cardio-rénales
LAROSCORBINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Vitamine C synthétique cristallisée* Comp. : 2 à 4 p. j. Amp. 2 cm³ : 1 à 2 p. j. Amp. 5 cm³ : 1 p. j.	Toutes déficiences organiques
LUSOFORME Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Solution de formaldéhyde et de ricinoléates alcalins*	Gynécologie - Obstétrique Antisepsie - Désodorisation
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques

REVUE GENERALE

LA PATHOLOGIE ET L'OPOTHÉRAPIE THYMIQUES

D'APRÈS LES PLUS RÉCENTES ACQUISITIONS

par MM. G. Carrière et P.-J. Gineste
(de Lille)

Les données relatives à la connaissance d'un organe sont de plusieurs ordres : la morphologie, la physiologie, la pathologie livrent chacune des documents qui se complètent, et le caractère mystérieux du thymus provient surtout des difficultés que l'on rencontre pour établir une corrélation certaine entre les documents qu'apportent ces différents ordres d'investigations.

La morphologie nous montre que le thymus est fait de deux éléments essentiels : *la cellule réticulaire*, dont le cytoplasme s'unit à celui des voisines en un réseau étoilé ; et *la petite cellule thymique* ou *thymocyte*, élément fragile, semblable par son aspect aux lymphocytes du sang, et qui présente fréquemment des images de caryokinèse ou de pycnose. Ces deux types cellulaires sont-ils tous deux d'origine épithéliale (*théorie épithéliale ou uniciste*), ou bien les thymocytes sont-ils des lymphocytes qui viennent coloniser secondairement le réticulum épithélial (*théorie lympho-épithéliale ou dualiste*) ? Dans le premier cas, il faut considérer que la pathologie du thymus se rattache à celle des glandes endocrines qui dérivent également du pharynx branchial : thyroïde et parathyroïdes ; dans le second cas, la pathologie thymique se trouve rattachée à celle des organes lymphoïdes. Or, les recherches embryologiques, histologiques et expérimentales se sont révélées impuissantes à résoudre le débat.

La physiologie thymique est mieux connue, grâce à de nombreux travaux, parmi lesquels il faut citer ceux de *Lereboullet* et *Odinet* en France, et en Amérique ceux de *Rowntree* et de ses collaborateurs, réalisés à l'Institut de Recherches Médicales de Philadelphie sur un matériel animal considérable (1934-1938). S'ajoutant aux résultats antérieurs, ces travaux permettent d'attribuer au thymus un certain nombre de propriétés :

1° Une action primordiale sur la croissance staturale dans les premiers âges de la vie ;

2° Une action favorisante sur la fixation du calcium sur les os et sur le développement du squelette ;

3° Une action également favorable sur la croissance des organes génitaux et sur l'évolution sexuelle ;

4° Enfin les extraits de thymus sont doués de propriétés pharmacodynamiques puissantes : anti-diurétique et stimulante de la contraction des fibres musculaires lisses (Parhon et Cahane, Odinet, Temesvary, Aloncle), hyperglycémiante (Nuzzi), etc..

Les recherches physiologiques tendent donc à faire considérer le thymus comme une glande endocrine d'activité morphogène.

Malheureusement, *les données pathologiques* n'apportent aucun document certain à l'appui ou bien à l'encontre de cette opinion : s'il existe des maladies thymiques, ce qui paraît indiscutable, il n'est jamais certain que l'organe soit seul atteint, et que les troubles observés dépendent uniquement de son atteinte.

Ce principe étant posé, il est possible de séparer en deux groupes les syndromes qui correspondent à une altération du thymus :

I. — Les syndromes mécaniques, traduisant les phénomènes de compression médiastinale liés à l'hypertrophie du thymus :

A) *Hypertrophie essentielle du thymus chez le nourrisson.*

B) *Mort subite d'origine thymique.*

C) *Tumeurs du thymus.*

II. — Les syndromes endocriniens, traduisant un trouble éventuel de la secrétion thymique.

A) *Status thymico-lymphaticus de Paltauf.*

B) *Retards de la croissance staturale et de l'évolution sexuelle chez l'enfant.*

C) *Obésités d'origine thymique.*

D) *Hypertrophie thymique des syndromes endocriniens.* (Acromégalie, maladie d'Addison, maladie de Basedow, tétanie.)

III. — Après avoir passé en revue ces différentes questions nous exposerons brièvement les principales indications de l'opothérapie thymique, qui découlent de la pathologie et de l'expérimentation.

I° *SYNDROMES MECANIQUES D'ORIGINE THYMIQUE*

A. — L'HYPERTROPHIE ESSENTIELLE DU THYMUS CHEZ LES NOURRISSONS.

On a très longtemps étudié, à la suite des travaux d'Allan Burns (1821) une entité morbide bien définie sous le nom d'hypertrophie thymique essentielle du nourrisson. Cette affection, spéciale au premier âge et particulièrement fréquente chez les nourrissons gras et bien nourris, était caractérisée par une dyspnée continue, intense, avec cornage et tirage sus et sous-sternal, cyanose en pélerine de la tête et des membres supérieurs. Cette dyspnée continue se compliquait d'accès paroxystiques réalisant alors « l'asthme de Kopp », et pouvant aboutir à une issue fatale. L'examen objectif permettait de mettre en évidence une matité franche de la région antéro-supérieure et médiane du thorax, au niveau du manubrium sternal et de la partie interne des deux premiers espaces intercostaux ; et la radiologie révélait, à l'appui de ce syndrome, une « ombre thymique » élargissant, à sa partie supérieure, l'ombre médiastinale d'un thorax normal. Cette affection, exposant à la mort subite, était traitée soit par la thymectomie (Veau et Olivier) soit par la radiothérapie (Regaud et Cremieu). Dans les deux cas la diminution de la masse thymique provoquait une amélioration immédiate ou rapide des phénomènes observés.

Une critique très sévère des éléments de ce syndrome en a montré toute la fragilité :

Les signes cliniques et radiologiques invoqués en faveur de l'hypertrophie thymique sont dépourvus de toute spécificité. On rapporte aujourd'hui les troubles respiratoires à un certain nombre d'autres affections (malformations congénitales du larynx, laryngo-spasmes des nourrissons spasmophiles, goîtres plongeants, adénopathies trachéo-bronchiques, etc...). De plus, la largeur de l'ombre médiastinale supérieure varie considérablement chez le même sujet d'un moment à l'autre, selon la position du malade, selon le stade inspiratoire ou expiratoire de la respiration. Des images qu'on pourrait attribuer à l'hypertrophie thymique ont été observées chez des nourrissons absolument normaux ; et les adénopathies trachéo-bronchiques, l'hypertrophie cardiaque sont susceptibles d'autre part de provoquer un élargissement de l'ombre médiastinale supérieure.

Cependant, l'argument décisif qui permet presque de rayer l'hypertrophie thymique du groupe des affections habituelles de l'enfance est constitué par le critérium anatomique : la conception classique de l'hypertrophie du thymus repose sur une notion fausse, sur un chiffre erroné du poids du thymus chez l'enfant normal.

Rappelons que, selon Olivier (1911) : « Pendant les deux premières années de la vie, tout thymus qui dépasse 15 grammes est un thymus hypertrophié. » Il suffit de consulter les chiffres adoptés par les auteurs contemporains (1) pour constater que ce chiffre est manifestement insuffisant : la fragilité extrême de l'organe, son atrophie rapide dans les états de dénutrition expliquent ces erreurs. Dans la plupart des cas publiés avec le diagnostic d'hypertrophie thymique, l'organe était absolument normal et les symptômes

(1) Selon Hammar, dont les travaux font autorité, le thymus pèse en moyenne 13 gr. 26 chez le nouveau-né, 22 gr. 98 de 1 à 5 ans, 37 gr. 52 de 11 à 15 ans.

s'expliqueraient sans doute par des lésions laryngées, ganglionnaires ou cardio-vasculaires. On peut considérer que l'hypertrophie essentielle du thymus chez le nourrisson a disparu aujourd'hui du cadre de la nosologie médicale. Nous revenons donc sur ce point à la conception de Frieleben qui, en 1858, ne connaissait que 11 cas d'hypertrophie thymique vraie, chez des nouveaux-nés atteints d'affections incompatibles avec la vie (anencéphalie).

B) LA MORT SUBITE D'ORIGINE THYMIQUE.

Il est fréquent de rencontrer, chez des nourrissons qui meurent subitement, un thymus volumineux ; il n'en a pas fallu davantage pour bâtir des théories sur la mort subite, où cet organe joue un rôle de premier plan.

Plusieurs explications ont été invoquées pour expliquer le mécanisme de la mort thymique.

La compression de la trachée par un gros thymus paraît peu vraisemblable : la trachée est résistante, et ne se laisse écraser chez l'enfant que par une pression allant de 750 à 1.000 grammes (Scheele).

La compression du cœur et des gros vaisseaux de la base explique aussi mal la mort subite. C'est pourquoi certains auteurs ont tenté d'invoquer des *compressions nerveuses :* la compression du pneumogastrique, des nerfs cardiaques inférieurs, du récurrent, du phrénique, ne peuvent rendre compte que de cas exceptionnels. Il a donc fallu abandonner les explications mécaniques pour des hypothèses qui font intervenir un trouble endocrinien lié à l'hypertrophie du thymus. Svelha (1902) ayant provoqué la mort d'animaux en expérience par l'injection intra-veineuse d'extraits thymiques, attribuait à l'hyperthymisation la mort subite des nourrissons : il est aujourd'hui évident que ces extraits thymiques déterminaient la mort par un choc protéinique dépourvu de toute spécificité, et les extraits purifiés et désalbuminés, privés de toutes propriétés toxiques, peuvent être administrés à doses massives sans provoquer le moindre incident.

Une interprétation plus satisfaisante de la mort thymique est apportée par le *spasme de la glotte*, accident fréquent au cours de la spasmophilie : on sait maintenant qu'il y a une association fréquente entre la tétanie du nourrisson et l'hypertrophie du thymus, et on attribue à celle-ci un rôle important dans la pathogénie des accidents spasmophiles (voir plus loin). A ce titre, il est vraisemblable que l'hypertrophie du thymus joue un rôle parmi les causes de la mort subite.

Il ne faut pas cependant s'exagérer la fréquence de cette étiologie : Hammar, relevant 37 observations de mort « thymique », observe que dans la plupart des cas le poids de l'organe est peu différent de son poids ordinaire chez des sujets de même âge. Dans tous ces cas, la cause de la mort subite devait donc être cherchée ailleurs que dans le thymus (1).

C) LES TUMEURS DU THYMUS.

Bien qu'elles soient fort rares, les tumeurs du thymus ont soulevé des discussions importantes, liées à l'incertitude qui règne encore sur l'origine exacte des éléments constitutifs de cet organe.

Nous citerons seulement une classification très simple proposée par Worms et Klotz (1935) :

1° *Tumeurs liées à la prolifération associée des petites cellules thymiques et des cellules du réticulum* (l'organe conservant une structure normale ou para-normale) :

— Thymomes ;

2° *Tumeurs liées à la prolifération exclusive des petites cellules thymiques* (pseudo-sarcomes thymiques des anciens auteurs).

— Thymocytomes ;

3° *Tumeurs liées à la prolifération exclusive des cellules du réticulum.*

— Epithéliomes ;

4° *Tumeurs originaires des éléments conjonctivo-vasculaires.*

— Périthéliomes ;

— Fibromes et sarcomes.

Les trois premières variétés de ces tumeurs sont de beaucoup les plus fréquentes : elles peuvent être bénignes ou malignes selon les cas.

Il faut rapprocher des tumeurs primitives du thymus deux autres éventualités.

5° *L'hypertrophie thymique des leucémies* est très inconstante : on l'a signalée dans la leucémie lymphoïde chronique ou aiguë (Mlle Ségard (1900) ; Rocaz (1902) ; Mayer (1918) ; Friedlander et Chandler ; Foot (1925) ; dans la leucémie myéloïde (Hammar 1918). Elle réalise une véritable métaplasie lymphoïde ou myéloïde de l'organe, dont la structure primitive disparaît complètement et qui peut atteindre des dimensions considérables (125 gr. 80 dans un cas de Hammar, 150 gr. dans un cas de Mlle Ségard chez un enfant de 5 ans.

6° *Les métastases thymiques d'un cancer viscéral* sont très rares : Hammar a rapporté l'observation d'une métastase thymique d'un cancer du sein.

La séméiologie clinique et radiologique de toutes ces tumeurs est assez uniforme : elles réalisent le tableau classique d'un syndrome de compression du médiastin antéro-supérieur avec élargissement de la partie supérieure de l'ombre médiastinale. La tumeur peut rester latente ; on la découvre alors à l'occasion d'un examen radiologique fortuit ou même à l'autopsie ce qui est, en général, le cas dans les leucémies.

Leyton a attiré récemment l'attention sur un syndrome endocrinien complexe, analogue à la maladie de Cushing et qui peut s'observer dans les cancers du thymus ; nous reviendrons sur ce point en étudiant les obésités d'origine thymique.

II° *SYNDROMES ENDOCRINIENS D'ORIGINE THYMIQUE*

A. — LE « STATUS THYMICO-LYMPHATICUS » DE PALTAUF.

On désigne sous ce nom un syndrome individualisé en 1889 par Paltauf et caractérisé par une hypertrophie généralisée du système lymphatique, de la rate et du thymus, à laquelle certains auteurs ajoutent une hypoplasie du système chromaffine (Wiesel).

Cliniquement, cette affection se rencontre chez des enfants d'apparence endormie, au visage gras et bouffi, aux chairs molles et pâles : c'est « l'habitus pastosus » des auteurs allemands.

On observe des tuméfactions ganglionnaires multiples, une hypertrophie des amygdales. La coexistence de lésions rachitiques du squelette est fréquente, au point que Marfan considérait le syndrome comme une forme particulière du rachitisme gras. On y signale encore une anémie, de l'hypotension artérielle, une prédisposition très grande aux infections de la peau et des muqueuses.

L'existence de l'état thymico-lymphatique a été très sérieusement mise en doute. De nombreux pédiatres, avec Lereboullet et Odinet, Vargas, etc... considèrent qu'il y a là une simple vue de l'esprit, l'hypertrophie du thymus n'étant pas plus fréquente chez les lymphatiques que chez les sujets normaux, et ne jouant probablement aucun rôle dans la physio-pathologie du lymphatisme. Notons cependant que les données expérimentales apportent un sérieux argument à l'individualisation d'une association morbide entre l'hyperplasie thymique, l'hypertrophie lymphatique et l'insuffisance surrénale. Crowe et Wislocki (1915). Aub, Forman et Bright (1922), en particulier ont insisté sur l'hyperplasie conjointe du thymus et du système lymphoïde après surrénalectomie double. D'autre part, nous verrons qu'un gros thymus est d'observation courante dans l'insuffisance surrénale chronique ou maladie d'Addison, qui s'accompagne également d'un développement exagéré du système lymphoïde (Hedinger (1907), Kahn (1910). Il est donc possible de concevoir qu'une insuffisance surrénale

(1) Dans un cas de mort subite d'un nourrisson, G. Carrière a trouvé à l'autopsie une thymusite gommeuse syphilitique et une gomme du myocarde. Il n'est donc pas possible, en ce cas, de rattacher uniquement à la lésion du thymus la mort subite.

légère de l'enfance, atteignant surtout le système chromaffine, provoque une hyperplasie thymo-lymphatique ; mais celle-ci ne constituerait alors qu'un phénomème secondaire dans le tableau clinique observé.

B. — LES RETARDS DE LA CROISSANCE ET DU DEVELOPPEMENT SEXUEL.

La notion du rôle que peut jouer l'insuffisance de la secrétion thymique dans un certain nombre d'hypotrophies staturales et génitales repose sur deux ordres de faits : *des faits expérimentaux*, et nous rappelons à cette occasion l'action des extraits thymiques et de la thymectomie sur la croissance générale et sur les gonades ;

Des faits thérapeutiques, constitués par les succès qu'a remporté empiriquement l'opothérapie thymique dans de nombreux cas de cryptorchidie ou d'insuffisance du développement général.

Les cas cliniques susceptibles de relever d'une insuffisance thymique peuvent être rangés sous des étiquettes très diverses :

— Hypotrophies staturales de l'enfance, formes frustes d'infantilisme et de nanisme ;

— Cryptorchidie, insuffisance du développement des organes génitaux externes, retards dans l'apparition de la puberté.

Faut-il attribuer au thymus un rôle prédominant dans la pathogénie de ces différents syndromes ?

Cette hypothèse ne peut être adoptée sans soulever un certain nombre d'objections. En effet, des faits expérimentaux et thérapeutiques de même signification ont été constatés dans des cas identiques avec le lobe antérieur de l'hypophyse et la glande thyroïde ; retards de croissance et insuffisances génitales peuvent donc reconnaître plusieurs origines : hypophysaire, thyroïdienne ou thymique. Bien plus, dans un certain nombre d'observations, on trouve des stigmates cliniques particulièrement nets qui indiquent une atteinte hypophysaire ou thyroïdienne, alors que nous ne connaissons aucun symptôme vraiment caractéristique de l'atteinte du thymus.

Mais il faut rappeler que des corrélations fonctionnelles étroites unissent toutes les glandes endocrines, il est probable que *les retards de la croissance et de l'évolution sexuelle représentent dans la plupart des cas des syndromes complexes d'insuffisance polyglandulaire, avec participation d'une insuffisance thymique*. Ils commandent donc l'utilisation d'une opothérapie associée, où l'extrait thymique mérite de figurer à côté des extraits hypophysaires et thyroïdiens.

C. — LES OBESITES THYMIQUES.

S'il est admis par de nombreux auteurs que le thymus peut jouer un rôle important dans la pathogénie de l'obésité, surtout à la période prépubérale, de nombreuses contradictions apparaissent dès que l'on tente de préciser le mécanisme possible de cette action. Il existe en particulier dans ce chapitre trois groupes de faits contradictoires :

1° Pende et son école ont individualisé *une obésité par hyperthymie* ;

2° Lereboullet et Odinet ont isolé *une obésité par hypothymie* de la période prépubérale ;

3° Récemment, Leyton a signalé dans les *carcinomes thymiques* une obésité comparable à celle qui caractérise le syndrome de Cushing (adénome basophile de l'hypophyse).

1° L'Obésité par hyperthymie (Pende, 1924-1928). — Il existerait chez les enfants et les adolescents une obésité hypercrinique par hyperfonction du thymus.

C'est une adiposité généralisée, accompagnée d'un retard dans l'évolution génitale qui lui donne l'aspect d'une obésité hypogénitale ou eunuchoïde. On observe de plus des signes de vagotonie (exagération du réflexe oculo-cardiaque, augmentation du potassium dans le sang), de l'hypotension artérielle, un léger abaissement du métabolisme basal. La taille est normale ou légèrement exagérée (Faelli, 1930) ce qui permet le diagnostic avec l'obésité hypophysaire, où la graisse est distribuée, d'autre part, de façon segmentaire. L'exagération de la taille et l'absence de myxœdème cutané permettent également d'écarter le diagnostic d'obésité thyroïdienne.

2° L'Obésité hypothymique de la période prépubérale. — Lereboullet et Odinet désignent sous ce nom une obésité pluriglandulaire de la seconde enfance avec participation importante d'hypothymie.

C'est une adiposité généralisée qui se manifeste chez des enfants mous, apathiques, présentant des troubles génitaux évidents : la verge est courte, grêle, enfoncée dans un repli adipeux ; les testicules sont petits, souvent ectopiques. L'amélioration rapide de ces troubles sous l'influence des extraits thymiques est un argument important en faveur du rôle de l'insuffisance thymique dans ce syndrome.

3° L'Obésité des carcinomes thymiques. — En 1934, Leyton, publia plusieurs observations présentant cliniquement une similitude totale avec le syndrome rapporté par Cushing à un adénome basophile de l'hypophyse : obésité particulière, intéressant surtout les parties inférieures de la face, le cou, l'abdomen, les cuisses et les épaules, mais respectant la partie distale des membres ; aspect pléthorique des sujets, vergetures volumineuses de coloration pourpre ou violacée, hypertrichose

Du point de vue anatomo-pothologique, la lésion principale était constituée par un carcinome du thymus avec extension aux poumons ; on notait de plus une hyperplasie du cortex surrénal et l'absence complète de toute altération hypophysaire, en particulier dans le nombre et dans l'aspect des cellules basophiles du lobe antérieur.

S'agit-il dans ces cas d'un syndrome surréno-thymique, pouvant reproduire exactement la basophilie hypophysaire ? S'agit-il d'une suractivité fonctionnelle — sans lésions histologiques — des cellules basophiles du lobe antérieur, secondaire aux altérations du thymus ? Ces deux questions restent dans le domaine des hypothèses, mais nous rappellerons que certains auteurs tendent aujourd'hui à distinguer deux étiologies principales dans le syndrome de Cushing (Layani) : *des formes secondaires* à une altération glandulaire à distance (par exemple les formes réactionnelles à un cancer du thymus) ;

des formes primitives : liées à un adénome basophile de l'hypophyse.

La question des obésités d'origine thymique reste donc très obscure : pour la résumer, nous serions tentés de dire qu'il existe des obésités avec gros thymus et des obésités avec petit thymus, s'accompagnant dans tous les cas d'insuffisance génitale et sans qu'on puisse rapporter sûrement les syndromes observés aux troubles de la sécrétion thymique.

D. — L'HYPERTROPHIE THYMIQUE DES SYNDROMES ENDOCRINIENS.

L'hypertrophie du thymus a été signalée par de nombreux auteurs dans quatre affections bien connues des glandes endocrines : *la tétanie, l'acromégalie, la maladie d'Addison, le goître exophtalmique*.

1° Thymus et tétanie.

On rapporte habituellement la tétanie de l'enfant à une insuffisance parathyroïdienne. Cependant, Leroux, Maranon, Richet et Pergola (1939) après d'autres auteurs, ont publié récemment l'observation d'une jeune femme atteinte de tétanie et qui présentait, simultanément à des lésions scléreuses des parathyroïdes, une hypertrophie importante du thymus avec congestion de l'organe. Les auteurs rappellent à ce propos les relations certaines qui existent entre la tétanie et l'hyperplasie thymique (Klose et Vogt, Pende, Macciota, Parhon, etc...). Signalons que la plus grande majorité des cas de tétanie se manifestent dans l'enfance, alors que le thymus atteint son plein développement, et disparaissent spontanément à mesure que le thymus perd de son importance dans l'organisme. Mouriquand et Bernheim ont insisté sur l'association fréquente de l'hypertrophie du thymus et de la spasmophilie chez le nourrisson (1932).

Enfin, nous connaissons l'action hypocalcémiante et tétanisante des extraits de thymus, tandis que la thymectomie, associée à la parathyroïdectomie empêche l'apparition des phénomèmes tétaniques (Spreter). A l'heure actuelle, la

tétanie se présente comme un syndrome lié à l'hypocalcémie et dont les causes peuvent être multiples ; à côté de l'insuffisance parathyroïdienne simple, il est possible de placer dans son étiologie l'hyperplasie thymique, la carence en vitamine D, l'hyperfolliculinisme.

2° Thymus et acromégalie.

Les travaux de Klebs, Pierre Marie, Furniwall, Marine, Atkinson, Hammar, Metzner, ont signalé que l'adénome éosinophile de l'hypophyse (dont l'expression clinique est constituée par le gigantisme chez le sujet jeune et par l'acromégalie chez l'adulte), s'accompagne souvent d'une hypertrophie ou d'une reviviscence du thymus : dans un cas, le poids de l'organe atteignait 178 grammes.

Le rôle de l'hypertrophie thymique dans l'acromégalie est peu connu ; Klebs, en 1884, lui accordait déjà un rôle de premier plan dans l'hypertrophie des extrémités. Des recherches expérimentales ont permis d'éclairer ce problème d'un jour nouveau : Kemp (1934), étudiant l'action de l'hormone hypophysaire de croissance, signalait une hypertrophie généralisée des organes, tout en observant que l'hypertrophie thymique est proportionnellement beaucoup plus grande que celle des autres glandes. Il se trouve ainsi conduit à supposer que l'hormone de croissance possède une action prépondérante sur le thymus, comme les hormones thyréotropes, gonadotropes, etc... ont une action spécialisée sur la thyroïde et les gonades. L'hypophyse agirait peut-être *indirectement* sur le squelette, par l'intermédiaire de la stimulation du thymus. Cette hypothèse demande évidemment des confirmations expérimentales, mais elle montre que le rôle du thymus dans certains syndromes endocriniens est peut-être moins effacé qu'il ne semble au premier abord.

3° Thymus et insuffisance surrénale chronique.

L'hypertrophie du thymus dans la maladie d'Addison est connue depuis le siècle dernier (Star, Wiesel, Hedinger, Hart, Pappenheimer, etc...). Pourrait-elle jouer un rôle dans la séméiologie et l'évolution du syndrome addisonien ?

La plupart des recherches expérimentales tendent à démontrer que les extraits de thymus et la thymectomie n'ont aucune action certaine sur la structure et le fonctionnement des surrénales. Au contraire, la surrénalectomie double provoque constamment une hypertrophie considérable et précoce du thymus tandis que la cortine et l'adrénaline précipitent l'involution thymique. Dans ces conditions, l'hypertrophie thymique apparaît comme un phénomène secondaire à l'insuffisance surrénale, et il est peu probable qu'elle joue un rôle important dans cette affection.

4° Thymus et maladie de Basedow.

Le rôle du thymus dans la pathogénie des goitres avec hyperthyroïdie, soutenu en particulier par Hart, est basé sur des données anatomo-pathologiques, expérimentales et thérapeutiques.

Du point de vue anatomo-pathologique, la persistance ou l'hypertrophie du thymus dans la maladie de Basedow est signalée par de nombreux auteurs ; quelques statistiques suffiront à montrer sa fréquence :

Cappelle (1908) :	60 cas	80 %
Matti (1912) :	193 cas	76,5 %
Margolis (1931) :	53 cas	65 %

Du point de vue expérimental, Bircher (1912) ayant implanté dans l'abdomen de 5 chiens des fragments frais de thymus provenant d'individus atteints d'hypertrophie thymique, observa l'apparition d'un véritable syndrome basedowien ; exophtalmie, tachycardie, tremblement, glycosurie alimentaire, lymphocytose, goître durable. Crotti (1918) répéta les expériences de Bircher avec un résultat moins net. Ultérieurement, d'autres expérimentateurs n'ont pas retrouvé ces résultats, et nous rappellerons que, tout récemment, nous avons observé une diminution de l'activité thyroïdienne chez des lapins traités par des implantations répétées de thymus normal (Carrière, Morel et Gineste, 1939).

Du point de vue thérapeutique, la thymectomie simple ou associée à la thyroïdectomie a donné de bons résultats dans le goître exophtalmique selon Carré (1911), Haberer (1913), Gaudier (1934).

La théorie thymique de la maladie de Basedow ne saurait être acceptée, à notre avis, sans de sérieuses réserves.

Les statistiques elles-mêmes montrent que l'hypertrophie du thymus manque assez fréquemment dans les hyperthyroïdies ; d'autre part, l'argument thérapeutique manque de solidité ; la thymectomie dans la maladie de Basedow a donné, à côté de succès, des échecs non moins certains, et inversement l'opothérapie thymique a donné à quelques auteurs d'excellents résultats dans la même affection (Edes, Cunningham, etc...).

Mais le principal obstacle à cette théorie vient des données expérimentales ; l'action du thymus sur la thyroïde a fourni des résultats contradictoires, et par contre l'action de la sécrétion thyroïdienne sur le thymus est particulièrement nette ; *la thyroxine produit chez l'animal en expérience une hypertrophie marquée du thymus* (Hoskins, Herring, Kahn, Speidel, Utterstrom, Courrier, Carrière et Gineste, etc...).

Il est donc beaucoup plus vraisemblable de supposer que l'hypertrophie du thymus est un phénomène secondaire à l'hyperthyroïdie et ne joue aucun rôle sans son déclenchement.

***

Il résulte des paragraphes précédents que les affections thymiques ne se traduisent cliniquement par aucun symptôme qui leur appartienne en propre En l'absence de tout signe caractéristique, on ne peut donc que suspecter le rôle du thymus dans un certain nombre de syndromes endocriniens dont l'origine est souvent polyglandulaire :

— Rôle de l'insuffisance thymique dans les retards de la croissance staturale et de l'involution sexuelle, dans les obésités de la seconde enfance ;

— Rôle de l'hypertrophie thymique dans les états spasmophiles.

Ces notions reposent essentiellement sur des données expérimentales ou thérapeutiques ; et comme les syndromes que nous venons de signaler reconnaissent souvent d'autres origines glandulaires, il est pratiquement impossible d'attribuer, devant un cas clinique donné, un rôle prépondérant aux troubles de la sécrétion du thymus. L'intérêt de ces faits réside surtout dans les perspectives qu'ils ouvrent à l'opothérapie thymique dont l'utilisation empirique a débordé très largement, d'ailleurs, les enseignements de la clinique et de l'expérimentation.

III° *L'OPOTHERAPIE THYMIQUE*

Il existe dans le commerce de nombreux extraits de thymus ; leurs préparations se présentent sous deux aspects :

— Extraits secs et poudres d'organe, administrables par voie buccale en cachets ou en sirops ;

— Extraits purifiés, en solutions aqueuses injectables par voie sous-cutanée, intramusculaire, ou même intraveineuse.

La posologie générale de ces produits est mal fixée : elle dépend des cas cliniques, des résultats obtenus, et varie beaucoup suivant les auteurs.

On peut considérer, d'une façon générale, que les doses de 1 à 2 grammes d'extrait par jour sont d'utilisation courante.

Les indications de l'opothérapie thymique peuvent se grouper sous trois chefs :

— *Opothérapie de complément ou de substitution*, dans les cas où la sécrétion thymique paraît insuffisante ;

— *Opothérapie de stimulation ou d'inhibition*, qui vise à modifier l'activité d'une glande endocrine en utilisant l'action excitante ou dépressive des extraits de thymus sur le fonctionnement de cette glande ;

— *Opothérapie symptomatique* qui utilise, en dehors de toute notion de déficit de la sécrétion thymique, les actions pharmacodynamiques des extraits de thymus.

A. — OPOTHERAPIE DE COMPLEMENT OU DE SUBSTITUTION.

Elle s'adresse à un certain nombre de troubles endocriniens, dont on suspecte, soit l'origine hypothymique, soit l'origine polyglandulaire avec participation d'insuffisance thymique. Cette dernière éventualité étant de beaucoup la plus fréquente, on comprendra que l'opothérapie thymique

de complément soit le plus souvent associée à divers extraits glandulaires : hypophysaires, thyroïdiens ou génitaux.

Dans ce paragraphe rentrent les deux principales indications de l'opothérapie thymique chez l'enfant :

— Les retards de la croissance sans signes évidents d'insuffisance thyroïdienne ;

— Les retards de l'évolution génitale chez le jeune garçon : insuffisance du développement de la verge et des testicules, cryptorchidie.

Dans le premier cas, le traitement opothérapique doit être poursuivi pendant des mois ou même des années. Dans la cryptorchidie, les résultats les plus favorables ont été obtenus avant la neuvième année, et l'échec prolongé du traitement (après 2 à 3 mois) doit engager à pratiquer sans trop de retard une intervention chirurgicale.

Pour l'insuffisance génitale de la fillette, les indications des extraits thymiques sont très mal connues ; on les a utilisés avec succès dans des cas d'aménorrhée primitive, mais les indications des hormones gonadotropes paraissent là beaucoup plus précises. Dans l'ectopie testiculaire même, les extraits de lobe antérieur d'hypophyse donnent des résultats analogues à ceux de l'extrait du thymus, et certains auteurs conseillent dans ces cas un traitement par des injections alternées de thymus et de prolan (Gilbert-Dreyfus).

Aux indications principales de l'opothérapie thymique de complément, il faut joindre les succès rapportés dans les retards de la première dentition (Monnerot-Dumaine) dans l'athrepsie, dans l'achondroplasie (Lereboullet et Odinet) dans certaines obésités prépubérales associées à un retard de la croissance et de l'évolution génitale.

B. — OPOTHERAPIE DE STIMULATION ET D'INHIBITION.

L'action des extraits de thymus sur le fonctionnement des autres glandes endocrines est des plus incertaine. Aussi l'opothérapie thymique stimulante ou inhibitrice, proposée dans certains syndromes endocriniens, a-t-elle encore fort peu d'intérêt pratique. La principale réalisation dans ce domaine, si l'on met à part les insuffisances génitales, a été l'utilisation des extraits de thymus dans la maladie de Basedow. Ce traitement de l'hyperthyroïdie a rencontré un moment des suffrages favorables, mais aussi de nombreux échecs : il est aujourd'hui à peu près abandonné.

C. — OPOTHERAPIE SYMPTOMATIQUE.

Elle utilise les propriétés antidiurétiques et stimulantes de la contraction des fibres musculaires lisses qu'ont les extraits thymiques : ces propriétés sont très voisines de celles des extraits du lobe postérieur de l'hypophyse, dont ils complètent et renforcent l'action : aussi a-t-on associé ces deux extraits, surtout dans la pratique obstétricale (thymophysine).

***

Malgré quelques hésitations liées aux incertitudes qui règnent encore dans le problème du thymus, aussi bien du point de vue physiologique que du point de vue pathologique, on voit que l'opothérapie thymique possède des indications très précises, et qu'elle permet d'espérer des résultats pratiques dans un nombre important de cas.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 2 septembre 1941

Les stigmates de la syphilis occulte. — M. Milian. — L'une des grandes raisons de la divergence d'opinions des médecins sur la fréquence de la syphilis comme cause de maladies viscérales est l'existence de la *syphilis occulte.*

Il y a trois grandes causes de *syphilis occulte : la syphilis conceptionnelle, la syphilis héréditaire* où le nourrisson naît apparemment sain, *la syphilis acquise sans chancre.*

Il faut avant de nier la syphilis chez un individu atteint d'une maladie quelconque rechercher avec soin tous les stigmates de celle-ci : vitiligo, leucoplasie, abolition idiopathique des réflexes achilléens, la place du chancre encore rouge ou infiltrée après des

années et accompagnée de l'adénopathie correspondante persistante.

A la bouche, les cicatrices radiées des commissures labiales, reliquat des fissures du nouveau-né, la cicatrice médiane de la lèvre.

A la langue, sur les bords latéraux, les cicatrices filiformes, en baïonnette, en étoile, en H, en Y, difficiles à voir sans essuyage de la langue ou même sans loupe.

Les ongles surtout par leurs raies transversales ou leurs érosions ponctuées sont pleinement révélateurs, mais pour qu'elles aient atteint toute leur valeur, il faut que le patient ne soit atteint d'aucune dermatose. Ces érosions disparaissent par le traitement antisyphilitique mais il faut des mois et des années pour que les ongles ne présentent plus de récidive.

Ne pas oublier que les *réactions sérologiques* même partiellement positives ont une valeur absolue, si elles sont faites par un homme compétent. La réactivation ne doit pas être oubliée. Enfin, *l'enquête familiale* a une importance considérable.

Ce sont souvent les stigmates des enfants et leurs réactions sérologiques qui révèlent la syphilis des parents.

La pratique des sports et la sous-alimentation. — MM. Tanon et R. Dalimier montrent que les dépenses énergétiques des sports, en particulier des sports violents, sont énormes et nécessitent des rentrées alimentaires compensatrices.

Ils concluent qu'il est nécessaire de différer la pratique des sports violents et de lui substituer une organisation systématique du repos, avec exercice modéré pour assurer la carburation de la vie courante.

Un danger qui grandit : la Tuberculose. — M. Moine. — Depuis 1890, où la tuberculose était, semble-t-il, à son apogée, le taux de mortalité a rétrocédé à Paris, de 68 p. 100 et dans la France entière de 44 p. 100, depuis 1913. Or, actuellement, cette heureuse évolution semble différée.

Des chiffres apportés par M. Moine montrent un accroissement de l'intensité bacillaire de 290 p. 100 considéré par rapport à 1938.

Cette progression est une réédition de ce qu'on a constaté en 1914-1918 dans de nombreux pays belligérants ou neutres et dont la cause fut attribuée à la *sous-alimentation prolongée*. Plus que jamais l'enfant d'âge préscolaire comme celui en cours de scolarité, est à surveiller attentivement.

Recherches sur le métabolisme du soufre des bactéries du groupe coli-typhique. — MM. A. Sartory et J. Meyer.

THÈSES DE PROVINCE [1]

ECOLE DE MEDECINE DE HANOI

Thèses soutenues pendant l'année 1939-1940 (2)

N° 77. — Bui Dang Loc. — *Caractéristiques anatomiques et physiologiques du nouveau-né annamite normal.*

N° 92. — Dinh Van Thang. — *Les épreuves fonctionnelles du rein et la valeur de la glycémie chez l'Annamite du Tonkin.*

N° 89. — Do Xuan Duc. — *Recherches sur le crâne et le cerveau des Annamites du nord de l'Indochine.*

N° 85. — Lam Van Bon. — *Traumatismes causés par la faune d'Indochine.*

N° 88. — Nguyen Binh Nghien. — *Recherches anthropo-anatomiques, histo-pathologiques et biochimiques sur les glandes surrénales des Annamites.*

N° 86. — Nguyen Dinh Dung. — *Etat actuel des recherches expérimentales sur l'amibe et l'amibiase.*

N° 80. — Nguyen Hoang. — *Essais de traitement des bronchopneumonies infantiles non tuberculeuses par les sulfamides.*

N° 76. — Nguyen Huu Luong. — *L'acouchement indolore et accéléré sous anesthésie épidurale à la percaïne.*

N° 79. — Nguyen Ngoc Doan. — *Ascaridiose infantile au Tonkin.*

N° 87. — Nguyen Nhu Giu. — *Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire au Tonkin.*

N° 83. — Nguyen Tan Lung. — *Recherches sur les dents, le maxillaire inférieur et la masséter des Tonkinois.*

N° 81. — Pham Dinh Lam. — *Le tétanos post-opératoire.*

N° 91. — Ton That Tung. — *La vascularisation veineuse du foie et ses applications aux résections et lobectomies hépatiques.*

N° 82. — Tran Duy Hung. — *La lymphadénie abdominale.*

N° 90. — Truong Duy Tu. — *Craniologie maxillo-faciale des Tonkinois.*

N° 78. — Truong Tan Trung. — *La formule leucocytaire du sang des paludéens.*

N° 84. — Vu Van Quang. — *Le problème des Eurasiens en Indochine.*

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 1941, nos 63-64 et 69-70.
(2) Numérotage continu depuis le début.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 73-74. — 10-13 SEPTEMBRE 1941 114e ANNEE Le No 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de Médecine. — M. Moiroud, agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université d'Aix-Marseille, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de pathologie chirurgicale à cette Faculté.

M. Sarrouy, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de clinique médicale et d'hygiène infantile à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger.

M. Garin, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de parasitologie à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon.

M. Dufourt, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de clinique de prophylaxie de la tuberculose à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon.

M. Gaté, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur d'hydrologie thérapeutique de climatologie à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon.

M. Watrin, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy, est transféré, à compter du 1er octobre 1941, dans la chaire de dermatologie et syphiligraphie de cette Faculté.

M. Drouet, professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy, est transféré, à compter du 1er octobre 1941, dans la chaire de clinique médicale de cette Faculté.

M. Caujolle, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de pharmacie à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse. (*J. O.*, 31 août 1941.)

Enseignement supérieur. — Le *Journal Officiel* du 27 août 1941 publie un décret portant application à l'Algérie de la loi du 21 juin 1941 réglant les conditions d'admission des étudiants juifs dans les établissements d'enseignement supérieur.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — M. le Docteur Léon Aublant est nommé secrétaire général de la Santé Publique.

Le Dr Boulangier, inspecteur de la santé du Rhône, est nommé directeur régional de la Famille et de la Santé, en résidence à Grenoble, en remplacement de M. Taviani, appelé à d'autres fonctions. (*J. O.*, 28 août 1941.)

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Bapt, médecin inspecteur de la santé de l'Indre, est affecté, en la même qualité, dans le département de la Haute-Vienne.

M. le Dr Tondre, médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Aube, est nommé médecin inspecteur de la santé du territoire de Belfort.

Mlle le Dr Aubert est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de la Sarthe.

Mlle le Dr Faure est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé du Rhône.

Mlle Dr Lhez-Valats est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Ardèche.

Sont affectés :

Au département du Loiret, M. le Dr Robin, médecin inspecteur du Rhône.

Au département de la Creuse, M. le Dr Guibert, médecin inspecteur adjoint de la Gironde, non installé.

Sont rapportés :

L'arrêté du 21 juin 1941 nommant M. le Dr Bigonnet médecin inspecteur adjoint de la santé du Var.

L'arrêté du 21 juin 1941 nommant M. le Dr Bohec médecin inspecteur adjoint de la santé de la Seine-Inférieure.

L'arrêté du 5 mars 1941 nommant M. le Dr Gandar médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Ardèche.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. le Dr Veyres, médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant, est affecté, à titre temporaire, à l'hôpital psychiatrique d'Alençon.

Sanatoriums publics. — M. le Dr Mayer, médecin directeur du sanatorium de Nouvielles (Landes), est nommé médecin directeur du sanatorium de Roquefraîche (Vaucluse). (*J. O.*, 28 août 1941.)

Médaille des belles actions. — Des médailles d'honneur sont accordées aux personnes dont les noms suivent et qui ont accompli des actes de courage et de dévouement.

Vermeil. — Dr Carlier et Dr Lefebvre de Dunkerque ; Dr Flouquet, de Malo-les-Bains ; Dr Deswarte, de Rosendael.

Argent, 2e classe. — Dr Cornette, de Ghyvelde ; Dr Debil, de Rosendael. (*J. O.*, 30 août 1941.)

Ministère de l'Intérieur. — M. Debat (François), industriel, docteur en médecine, est nommé adjoint au maire de Saint-Cloud. (*J. O.*, 26 août 1941.)

M. le Dr Raymond Simorre a été nommé conseiller municipal de Béziers. (*J. O.*, 27 août 1941.)

M. le Dr Mercier des Rochettes a été nommé adjoint au maire de Biarritz. (*J. O.*, 2 septembre 1941.)

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres. — Prof. : M. Jean Troisier ; assistants : M. M. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux et M. G. Brouet, agrégé.

M. M. Bariéty, médecin des hôpitaux et M. G. Brouet, agrégé, feront, durant le mois d'octobre 1941, quatre leçons sur : *Les pleurésies tuberculeuses et leur traitement.*

Dimanche 5 octobre. — M. Bariéty : La pleurésie séro-fibrineuse.

Dimanche 12 octobre. — M. Brouet : Les autres formes de pleurésies tuberculeuses.

Dimanche 19 octobre. — M. Brouet : Les pleurésies du pneumothorax artificiel (I).

Dimanche 26 octobre. — M. Bariéty : Les pleurésies du pneumothorax artificiel (II).

— Nous rappelons qu'un *cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires* aura lieu du 27 octobre au 3 décembre 1941 et qu'il sera suivi du 4 au 17 décembre 1941 d'un cours théorique et pratique sur : *Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose.* Droits d'inscription : 300 francs pour le premier cours ; 500 francs pour le second cours et 700 francs pour l'ensemble des deux cours.

Renseignements et inscriptions : Cliniques de la Tuberculose tous les matins de 10 heures à midi (Dr Brouet), et au secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 heures à 16 heures.

LOI DU 15 AOUT 1941 sur l'organisation générale de l'enseignement public

Article premier. — Les études primaires élémentaires comprennent deux cycles. — Il est institué, à la fin du premier cycle, un diplôme d'études primaires préparatoires, dont l'obtention permet de suivre dans les établissements publics soit l'enseignement général des cours complémentaires, soit les enseignements classique, moderne ou agricole. — Ce diplôme n'est pas exigé des élèves admis au concours des bourses (1re série). — Le deuxième cycle est sanctionné par le certificat d'études primaires.

Art. 2. — L'enseignement classique comporte obligatoirement l'étude du latin pendant six années.

Art. 3. — Les enseignements classique et moderne comprennent normalement sept années d'études. Ils conduisent, après six années d'études, à la première partie du baccalauréat (classique ou moderne).

Art. 4. — Les élèves qui ont subi avec succès les épreuves de cet examen peuvent entrer dans les classes de philosophie ou de mathématiques, quelle qu'ait été leur option antérieure, pour se préparer à la deuxième partie du baccalauréat.

Art. 5. — Les élèves qui ont subi avec succès les épreuves de cet examen peuvent se préparer à l'enseignement supérieur dans l'une des trois classes suivantes : Lettres supérieures, Mathématiques supérieures, Sciences supérieures.

Art. 6. — L'enseignement technique est accessible aux élèves qui ont suivi pendant trois années soit l'enseignement primaire élémentaire du deuxième cycle, soit l'enseignement général des cours complémentaires, soit l'enseignement moderne, soit l'enseignement classique, et qui ont obtenu soit le diplôme d'études primaires préparatoires, soit le certificat d'études primaires. Il conduit après trois années d'études à des examens techniques.

Art. 7. — Les lycées de garçons ou de jeunes filles comportent des classes primaires et élémentaires préparant au diplôme d'études primaires préparatoires. — Ils donnent l'enseignement classique, à l'exclusion de tout enseignement moderne. — Ils comportent des classes de Philosophie et de Mathématiques. — Ils peuvent comporter des classes préparatoires à l'enseignement supérieur et aux grandes écoles.

Art. 8. — Les collèges de garçons ou de jeunes filles peuvent donner l'enseignement classique et l'enseignement moderne pendant les quatre ou les six premières années d'études, l'enseignement technique et l'enseignement agricole.

Art. 9. — Les établissements ci-après désignés : les cours secondaires, les écoles primaires supérieures et les écoles primaires supérieures professionnelles, supprimées comme telles, les écoles pratiques de commerce et d'industrie, les écoles pratiques d'artisanat rural, les écoles de métiers, les sections d'enseignement technique des écoles primaires supérieures, sont transformés en collèges ou en sections de collèges.

Art. 10. — La liste des lycées et des collèges sera établie par décret.

Art. 11. — Les lycées et les collèges de garçons ne sont pas accessibles aux jeunes filles, sauf dans les classes primaires et élémentaires ; les lycées et les collèges de jeunes filles ne sont pas accessibles aux garçons, sauf dans les classes primaires et élémentaires.

Art. 12. — L'organisation de chaque enseignement sera fixée par décret.

Art. 13. — Les dispositions de la présente loi entreront en vigueur le 1er octobre 1941. (*J. O.*, 2 septembre 1941.)

Nécrologie

Nous avons le bien vif regret d'annoncer la mort du Dr Henri Mayet, ancien interne des hôpitaux de Paris (1891), chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Joseph.

— Du Dr Joseph Bouquier, ancien interne des hôpitaux de Paris (1911), ancien assistant de l'hôpital maritime de Berck, chirurgien en chef de l'hôpital marin de Pen Bron.

— Du Dr Eugène Debu, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Cambrai.

— De M. le Professeur Jean Demoor, l'éminent physiologiste de Bruxelles, ancien président de l'Académie Royale de Médecine de Belgique.

— Du Dr Brindel oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Bordeaux.

— Du Dr Raoul Anthony, professeur d'anatomie au Muséum National d'Histoire Naturelle.

— Du Dr Paul Ducloux (de Sète), décédé à Montpellier.

— Du Dr Mondain, médecin chef de l'hôpital Léopold-Bellan, à Paris.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU

TRAITEMENT DES FRACTURES COMPLIQUÉES DE JAMBE

Par M. Auvray
Membre de l'Académie de Médecine

Les fractures ouvertes de jambe, autrement dit les fractures compliquées de plaies qui font communiquer le foyer de fracture avec le milieu extérieur, sont considérées, à juste titre, comme des fractures d'une grande gravité, d'un pronostic sévère aussi bien dans leurs suites immédiates que dans leurs conséquences lointaines.

C'est uniquement des *résultats éloignés* du traitement de ces fractures qu'il sera question dans cet article où ne figurent que des fractures compliquées observées dans la vie civile ; les fractures par plaies de guerre ont été exclues de cette étude.

Il m'a paru intéressant de fixer quel était jusqu'à ces derniers temps, avec les méthodes thérapeutiques mises en œuvre, désinfection du foyer associée ou non à des opérations de synthèse, l'avenir de ces grands blessés. Ma statistique s'arrête au mois de juillet 1939.

Il est vraisemblable que le pronostic de ces fractures sera favorablement modifié par l'introduction, dans leur traitement, de la méthode thérapeutique par les sulfamidés dont on a vanté les heureux résultats dans ces derniers temps. Mais les cas qui figurent dans notre statistique sont antérieurs à l'application de la sulfamidothérapie. Il n'en sera que plus intéressant de comparer, dans quelques années, les résultats observés après l'application du traitement par les sulfamidés avec ceux que nous apportons aujourd'hui.

Notre statistique groupe 65 cas que nous avons tous examinés en expertise. Elle est faite de cas qui ont été suivis parfois de résultats médiocres, même de résultats déplorables, mais aussi de cas qui ont abouti à de très bons résultats, car nous ne voyons pas en expertise, comme d'aucuns ont tendance à le croire, que de mauvais cas ayant donné de mauvais résultats.

Dans ma statistique figurent deux groupes de faits : celui des fractures qui ont été simplement traitées dans un délai très rapproché de l'accident par le nettoyage, la désinfection, le drainage de la plaie, suivis de la réduction avec immobilisation sur une attelle de Boeckel ou dans un appareil plâtré et le groupe des fractures dans lequel l'épluchage, la désinfection de la plaie ont été complétés par une opération de synthèse osseuse. Le premier groupe comprend 42 cas de fractures simplement désinfectées, le deuxième groupe 22 cas de synthèses réalisées soit à l'aide de plaques, soit à l'aide d'un fil métallique. Une seule observation qui porte à 65 le nombre des cas publiés dans notre statistique concerne un blessé chez lequel l'opération d'épluchage a été suivie de l'application d'une extension continue réalisée à l'aide de broches passées dans les extrémités supérieure et inférieure du tibia fracturé.

Ces fractures compliquées, à quelque groupe qu'elles appartiennent, ont été observées surtout chez des hommes, dans la proportion de 58 hommes pour 7 femmes. Les sujets étaient âgés de 9 ans à 74 ans. L'âge n'a pas joué dans les indications opératoires, il y a eu des blessés opérés par synthèse de 60 et 62 ans, comme il y a eu des sujets non synthétisés de 63 et 64 ans.

Dans la grande majorité de nos fractures compliquées les deux os de la jambe étaient atteints simultanément ; les cas où un seul os, le tibia, était fracturé, étaient l'exception, je n'en ai relevé que quatre. Je ne suis qu'imparfaitement renseigné sur la forme anatomique de la fracture et sur l'importance dans chaque cas des lésions cutanées primitives, car on ne peut en juger par l'étendue et le nombre des cicatrices, pour la plupart opératoires, observées sur le membre au moment de notre examen. Par contre, le siège en hauteur sur le squelette jambier nous est à peu près exactement connu ; les fractures siégeaient dans la plupart des cas au niveau du tiers inférieur et à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur (39 fois dans notre statistique) ; beaucoup moins fréquemment la fracture siégeait au tiers moyen du squelette ou à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur ; exceptionnellement la fracture occupait le tiers supérieur.

Dans sept cas de notre statistique, la fracture de jambe était accompagnée de lésions concomittantes graves telles que fracture de la colonne lombaire, fractures des fémurs, des os du pied, des malléoles intéressant le même côté ou le membre opposé, qui venaient encore aggraver le pronostic de la fracture ouverte.

Nous verrons ultérieurement que l'évolution anatomique de ces fractures ouvertes a abouti trois fois à la production de *pseudarthroses*, qui ont conduit, dans deux cas, à l'amputation et dans un cas à la consolidation après greffe osseuse.

***

Avant d'exposer les données cliniques qui ont servi de base à l'évolution du quantum d'invalidité dans les faits que nous avons étudiés, nous devons fournir, sans entrer dans des détails de technique opératoire, quelques indications sur la nature des opérations pratiquées et leurs suites.

Dans un *premier groupe de faits*, le plus nombreux (42 cas), on s'est contenté de débrider le foyer de fracture, de l'exposer largement, de pratiquer un épluchage, un nettoyage aussi complets que possible de la plaie, d'évacuer les caillots et les corps étrangers, d'assurer la réduction et la coaptation des extrémités osseuses *sans qu'aucun matériel de prothèse ait été abandonné dans la plaie*, et enfin après fermeture incomplète et drainage de la plaie dans la plupart des cas, on s'est efforcé de maintenir la réduction par la mise en place d'un appareil immobilisateur, le plus souvent d'un appareil plâtré, renouvelé plusieurs fois selon les besoins et généralement maintenu en place pendant de longs mois, jusqu'à cinq et neuf mois.

Malgré les précautions prises pour assurer la désinfection de la plaie, des accidents infectieux prolongés consécutifs ont été observés dans 10 cas, c'est-à-dire dans le quart des cas ; ils ont abouti à la production d'ulcères persistants, d'abcès, d'ostéites, de fistules, de séquestres, qui ont conduit à des opérations secondaires dans 8 cas ; dans 7 cas il fut pratiqué un ou plusieurs grattages osseux avec ablation d'esquilles ; dans un cas où la suppuration avait été abondante, il y eut pseudarthrose et l'amputation dut être faite au bout de 19 mois. Chez un seul blessé, l'infection s'est accompagnée d'*accidents phlébitiques*.

Des opérations complémentaires, de caractère orthopédique, n'ayant rien à voir avec les opérations rendues nécessaires par des accidents infectieux prolongés, ont dû être pratiquées secondairement à plus ou moins longue échéance dans 4 cas, pour remédier à des non consolidations, à des angulations (ostéotomie), à une attitude vicieuse du pied en équinisme (astragalectomie).

Dans un *second groupe de faits*, auquel appartiennent 22 cas de ma statistique, l'opération de nettoyage, de désinfection de la plaie, d'évacuation des caillots et des corps étrangers a été complétée par une opération de *synthèse osseuse* ; la réduction a été assurée et la contention réalisée soit à l'aide d'une *suture osseuse* exécutée avec un *fil métallique* (un cas de ma statistique), soit à l'aide de *lames métalliques* ou de *plaques métalliques* vissées sur les extrémités osseuses réduites pour en assurer la coaptation (21 cas de ma statistique). L'opération a été complétée, le plus souvent, par l'application d'un plâtre immobilisateur.

Le matériel de prothèse n'est généralement pas destiné à être abandonné dans la plaie ; l'infection qui se développe si fréquemment, malgré les précautions prises, dans ces foyers de fractures ouvertes, la difficulté qu'il y a souvent à rapprocher les bords de la plaie cutanée si bien

que le matériel de synthèse reste à nu, rendent nécessaire l'enlèvement de ce matériel au bout d'un certain temps ; j'ai noté, dans ma statistique, que 17 fois sur 22 cas le matériel de synthèse a été enlevé dans les deux à trois mois généralement qui ont suivi sa mise en place. Cependant, à titre temporaire, la prothèse métallique est utile en particulier dans les fractures obliques dont les extrémités osseuses abandonnées à elles-mêmes ont toujours tendance à faire issue au dehors à travers la plaie cutanée rendant ainsi inévitables des désaxements du membre fracturé. Son rôle passager de contention m'a personnellement souvent rendu service, j'y ai eu recours avec avantage pour lutter contre le déplacement d'extrémités osseuses que je ne savais comment contenir autrement.

Le plus souvent (13 fois sur 22 cas) chez les malades expertisés par moi, l'ostéosynthèse a été *primitive*, c'est-à-dire qu'elle a été exécutée en même temps que l'opération de nettoyage, de désinfection de la plaie ; elle a été suivie de la fermeture, au moins partielle, de la plaie lorsque l'état des téguments ou des parties molles le permettait ; la plaie était laissée ouverte si l'état d'attrition des tissus ou la perte de substance cutanée rendaient sa fermeture impossible.

Dans ma statistique figurent 9 cas où l'ostéosynthèse a été faite *secondairement ;* 6 fois elle a été retardée et pratiquée après guérison de la plaie des téguments, généralement alors de petites dimensions, au bout de quinze jours, de dix-huit jours, de deux mois, etc..., alors que l'infection du foyer de fracture paraissait conjurée. Trois fois la synthèse a été réalisée beaucoup plus tardivement, au bout de trois à quatre mois, pour remédier à un retard de consolidation ou à une non consolidation de la fracture compliquée. Dans ces ostéosynthèses secondaires faites en foyer de fracture fermé, le matériel a pu être laissé à demeure dans les tissus ; dans 3 cas chez nos blessés ce matériel était bien toléré.

Malgré les précautions prises ici, comme pour les faits du premier groupe, pour assurer la désinfection primitive de la plaie, les accidents infectieux consécutifs ont été très fréquents ; 11 fois sur 22 cas, ils ont abouti à des suppurations prolongées suivies de plaies atones persistantes, d'ostéites, de fistules osseuses entretenues par des séquestres qui ont conduit à des grattages au niveau du foyer de fracture et dont quelques-unes existaient encore au moment de notre expertise, sept mois, neuf mois, dix mois et jusqu'à dix-sept mois après l'accident. Plusieurs de nos blessés durent être consolidés malgré l'existence de ces séquelles lointaines qu'on ne parvenait pas à guérir. Ces accidents infectieux prolongés ont été certainement plus fréquents dans les fractures compliquées auxquelles l'ostéosynthèse a été appliquée ; nous les avons relevés 11 fois sur 22 cas, c'est-à-dire dans la moitié des cas, tandis qu'ils n'existaient, nous l'avons vu, que dans un quart des cas traités par la simple désinfection du foyer de fracture sans ostéosynthèse.

A la suite des fractures ostéosynthétisées, plusieurs cas, au moment de notre examen, avaient fait l'objet ou nous paraissaient devoir être l'objet, dans l'avenir, d'appareillages ou d'interventions complémentaires orthopédiques, pour remédier à des attitudes vicieuses du pied en équinisme, à des désaxements du membre, à des pseudarthroses; des deux pseudarthroses, l'une s'est consolidée après greffes osseuses, l'autre après greffes osseuses et sympathectomie pratiquées sans succès, a abouti à l'amputation.

Dans un cas, le seul qu'il m'ait été donné d'observer, l'opération de désinfection avait été suivie, en vue d'obtenir la réduction de la fracture de la mise en place de *deux broches à extension* passées dans les extrémités supérieure et inférieure du tibia. Le résultat n'avait pas été satisfaisant ; au niveau de la broche inférieure s'était développé un foyer d'ostéite avec persistance d'une fistule ; il existait de l'équinisme et du varus du pied, un œdème marqué du segment jambier, une forte atrophie de la cuisse, une raideur importante du cou-de-pied, enfin la marche était très difficile sans l'appui d'une canne ; il existait, au moment de l'expertise, une I. P. P. de 50 %.

***

L'*état clinique* du blessé constaté *au moment de notre expertise* et qui a servi de base à l'évaluation du quantum d'invalidité, sera envisagé ici successivement dans l'un et l'autre des deux groupes de faits observés par nous, celui des fractures simplement traitées par la désinfection du foyer de fracture et celui des fractures où la désinfection a été complétée par une ostéosynthèse.

Quelque soit le groupe considéré, nous avons tenu compte, pour évaluer le quantum d'invalidité permanente, de l'attitude du membre, de son désaxement, de la façon dont s'exerçait l'appui plantaire, des déformations subies par le squelette, du volume et surtout de l'état plus ou moins douloureux du cal, de l'état de la peau, des cicatrices, de l'existence d'ulcérations ou de fistules, des résultats fournis par les mensurations, de la gêne apportée dans les mouvements du genou, du cou-de-pied, dans la marche.

Premier groupe

Un seul cas de *pseudarthrose* a été observé chez les 42 blessés qui ont été traités par la désinfection du foyer de fracture *sans ostéosynthèse ;* il y avait eu dans ce cas une suppuration prolongée qui a abouti à la pseudarthrose et conduit à l'amputation du membre.

Chez les 41 autres blessés, l'état clinique était le suivant :

Dans 19 cas il existait des déformations, dont certaines très importantes, avec des incurvations surtout antérieures et internes du squelette jambier, ayant pour conséquence le désaxement et des attitudes vicieuses du membre ; la déviation de la pointe du pied en dehors est plusieurs fois signalée.

L'attiude vicieuse du pied en *équinisme* plus ou moins marqué est relevée dans 5 observations ; l'attitude en *varus* avec appui du pied sur son bord externe existait dans 7 cas ; deux fois seulement, la déviation du pied se faisait en *valgus.* On voit, par cette simple énumération, combien les attitudes vicieuses du pied ont été fréquentes puisque nous en signalons l'existence 14 fois ; l'équinisme en particulier rendait la marche des plus difficiles ; les attitudes vicieuses en varus ou en valgus entraînaient un appui plantaire défectueux.

Chez les autres blessés, l'axe du membre était demeuré normal et l'appui plantaire se faisait dans de bonnes conditions.

Dans près des deux tiers des cas, les *cals* étaient restés gros ou très gros et très souvent ils étaient sensibles ou douloureux aux pressions profondes.

La peau, dans la plupart des cas que nous avons examinés, avait subi des modifications profondes ; rarement elle portait une cicatrice unique en forme de plaque, d'étoile et de dimensions restreintes, reliquat de la perforation ; le plus souvent il existait plusieurs cicatrices, plus ou moins longues (jusqu'à 20 et 25 cent.), épaisses, adhérentes aux parties sous-jacentes, sensibles aux pressions, entourées d'une peau scléreuse, œdématiée, brunâtre ou violacée, particulièrement fragile. Au moment de l'expertise dans 2 cas sur 41, de petites *ulcérations* persistaient au niveau de la cicatrice ; dans 2 autres cas, il existait des *trajets fistuleux* conduisant sur un os dénudé.

Les *mensurations* ont montré que chez 5 de nos blessés, il n'existait aucun raccourcissement, et que chez 11 autres le raccourcissement était très minime et n'excédait pas un demi à un centimètre.

La plupart des blessés présentaient des raccourcissements allant de 1 à 3 centimètres ; mais dans 9 cas, ils dépassaient 3 centimètres, 7 fois le raccourcissement était de 3 à 5 centimètres, une fois de 5 à 6 centimètres, une autre fois de 7 à 8 centimètres.

L'*atrophie* de la cuisse était nulle ou insignifiante chez 11 blessés ; le plus grand nombre avait une atrophie variant de 1 à 3 centimètres ; chez 9 d'entre eux l'atrophie

atteignait de 3 à 4 centimètres. Au niveau du mollet l'atrophie était parfois inexistante ; dans la majorité des cas, elle était, comme à la cuisse, de 1 à 3 centimètres.

Un œdème persistant a été fréquemment relevé dans nos observations au niveau du pied, du cou-de-pied et de la jambe.

L'état et le fonctionnement des articulations voisines du foyer de fracture, *genou et cou-de-pied* étaient les suivants :

Chez nos blessés, dans aucun cas l'extension du *genou* n'était modifiée, elle était complète. La flexion s'exécutait aussi de façon très complète dans la presque totalité des cas, la flexion de la jambe dépassant notablement l'angle droit ; 2 fois seulement sur 41 cas elle restait limitée à l'angle droit ; 4 fois elle demeurait au-dessous de l'angle droit. En somme chez les blessés du premier groupe le genou avait très peu souffert dans sa mobilité. Une seule fois nous avons observé un mouvement de latéralité anormale marqué de la jointure avec véritable dislocation de l'articulation. Par contre, les signes d'arthrite ont été plus fréquents ; il existait, dans 9 cas, des craquements plus ou moins forts et nombreux.

Au niveau des articulations du *cou-de-pied et du pied*, les troubles fonctionnels étaient beaucoup plus marqués. Dans 4 cas seulement sur 41 blessés, les mouvements de flexion, d'extension, de rotation du pied avaient conservé toute leur amplitude ou n'étaient que très légèrement limités.

Par contre, dans 3 cas, l'ankylose du cou-de-pied était totale ou presque totale. Dans les 34 autres cas, il existait une raideur plus ou moins marquée de l'articulation du cou-de-pied qui frappait inégalement les mouvements si importants pour l'exécution de la marche de flexion dorsale du pied et de rotation ; la flexion dorsale dépassait 17 fois plus ou moins l'angle droit, n'apportant pas d'obstacle à la marche ; 12 fois elle atteignait simplement l'angle droit, 5 fois elle n'arrivait pas à l'angle droit, le pied demeurant en équinisme plus ou moins marqué.

Les mouvements de rotation interne et externe du pied (enroulement du pied en dedans ou en dehors), m'ont paru particulièrement atteints ; sans nous arrêter aux cas où la limitation de ces mouvements était légère, nous avons constaté que, dans 17 cas sur 34, c'est-à-dire dans la moitié des cas, les rotations étaient très limitées ou perdues.

Les mouvements d'extension du pied étaient 17 fois limités ou même très limités.

Les mouvements des *orteils* étaient plus ou moins réduits dans 15 cas.

Le raccourcissement du membre blessé, son attitude vicieuse (déviation fréquente de la pointe du pied en dehors), l'enroulement du pied en varus ou en valgus, un degré plus ou moins marqué d'équinisme, la limitation des mouvements du cou-de-pied, entraînaient, chez un grand nombre des sujets examinés, une gêne marquée de la *marche*.

Cependant, dans 8 cas, la marche se faisait dans des conditions tout à fait normales, sans claudication et avec un bon appui plantaire ; dans 6 autres cas, le blessé marchait d'une façon très satisfaisante avec une légère claudication et le membre en bonne attitude ; on peut donc admettre que dans 14 cas, c'est-à-dire dans un tiers des cas, la marche était normale ou à peu près normale.

Chez 14 autres blessés de notre statistique, la marche se faisait de façon très défectueuse et disgracieuse ; elle était impossible ou très difficile sans appui ; 2 d'entre eux étaient obligés au port d'appareils orthopédiques. Ces mauvais cas concernaient des sujets présentant des raccourcissements très importants de 4, 5, 6 et jusqu'à 8 centimètres et des attitudes vicieuses du pied. C'est pour quelques-uns de ces blessés qu'une bonne amputation eut été souvent préférable au mauvais membre qu'ils avaient tenu à conserver.

Les autres blessés, au nombre de 13, quoique moins impotents, présentaient encore des troubles de la marche plus ou moins accusés, liés à des claudications et à des attitudes vicieuses plus ou moins importantes.

En somme, la marche s'effectuait, dans un tiers des cas, dans de bonnes conditions, elle était à peu près normale ; dans un tiers des cas elle se faisait dans des conditions très défectueuses, franchement mauvaises ; dans les autres cas, tout en étant déficiente, elle ne constituait pas une grande infirmité pour le blessé.

Bon nombre de nos fractures de jambe compliquées avaient conservé un membre très faible ; la station debout en faisant supporter le poids du corps au seul membre blessé était demeurée impossible ou très incertaine.

Deuxième groupe

Deux cas de *pseudarthrose* ont été observés chez les 22 blessés du deuxième groupe qui ont été traités par la désinfection du foyer de fracture *avec ostéosynthèse*. Dans l'un de ces deux cas l'ostéosynthèse n'a été faite que secondairement et pratiquée trois mois après l'accident pour non consolidation ; elle n'a pas donné le résultat attendu ; la pseudarthrose a persisté et on a eu recours à une greffe osseuse, puis à une sympathectomie, qui sont restées elles aussi sans effet ; finalement, le membre a dû être amputé. Dans l'autre cas, l'ostéosynthèse a été faite primitivement ; la consolidation n'a pas été obtenue, et pour remédier à la pseudarthrose on a fait une greffe osseuse qui a été suivie de guérison.

Cette dernière observation figure parmi les 21 cas dont nous allons maintenant apprécier les résultats cliniques.

Chez ces 21 blessés, je n'ai noté que 6 fois, c'est-à-dire dans moins du tiers des cas, des déformations parfois importantes, des incurvations, des désaxements du squelette jambier, des attitudes vicieuses du membre, alors que chez les blessés du premier groupe les mêmes constatations avaient été faites dans près de la moitié des cas. Les attitudes vicieuses du pied (équinisme, déviation en varus) entraînant un mauvais appui plantaire ont été relevées par moi dans 4 cas, c'est-à-dire dans un cinquième des cas, alors qu'elles existaient dans un tiers des cas chez les blessés du premier groupe. Dans la moitié des cas l'axe du membre et l'appui plantaire étaient demeurés normaux, la proportion était la même chez les blessés du premier groupe. En somme les déformations, les désaxements, les attitudes vicieuses ont été moins fréquents chez les blessés qui ont subi l'ostéosynthèse.

Dans les deux tiers des cas les *cals* étaient restés gros ou très gros et, dans près de la moitié des cas, ils étaient demeurés sensibles ou douloureux ; il en était de même chez les blessés du premier groupe.

Les caractères des cicatrices et de la peau au pourtour de ces cicatrices étaient les mêmes chez les blessés traités par l'ostéosynthèse que chez les blessés du premier groupe. Par contre, les accidents infectieux prolongés au niveau du foyer de fracture (abcès, ostéites, fistules, ulcérations) ont été nettement plus fréquents à la suite des fractures compliquées traitées par l'ostéosynthèse.

Des *ulcérations* atones persistaient 5 fois sur 21 cas au moment de notre expertise ; l'existence de *trajets fistuleux* conduisant sur le squelette dénudé est notée 2 fois ; tandis que j'ai relevé chez les blessés du premier groupe 2 cas de petites ulcérations persistantes et 2 cas de trajets fistuleux sur 41 blessés.

Les *mensurations* ont révélé que, chez 7 de nos blessés ostéosynthétisés, il n'existait pas de raccourcissement et que chez 8 autres, le raccourcissement était très minime de un demi-centimètre à un centimètre ; on peut dire que, pratiquement, 15 blessés de cette catégorie sur 21 n'avaient pas de raccourcissement, tandis que chez les blessés du premier groupe, l'absence de raccourcissement était notée 16 fois sur 41 blessés.

Cette constatation méritait d'être faite ; 2 fois seulement sur 21 cas il existait un raccourcissement important de 4 à 5 centimètres ; nous avons vu que ces grands raccourcissements étaient plus fréquents chez les blessés non synthétisés, ils existaient dans 9 cas sur 41 et atteignaient jusqu'à 6 et 8 centimètres.

L'atrophie de la cuisse était nulle ou insignifiante (un demi à un centimètre) chez 8 blessés, c'est-à-dire dans un peu plus du tiers des cas ; le plus grand nombre avait une atrophie de un à trois centimètres ; chez 4 sujets l'atrophie atteignait trois à quatre centimètres. Ces chiffres ne sont pas bien différents de ceux qui ont été signalés chez les blessés du premier groupe. Il en était de même au niveau du mollet où l'atrophie oscillait chez la plupart des sujets de un à trois centimètres. De l'œdème persistait dans la moitié des cas surtout dans la région du cou-de-pied.

Si nous envisageons *l'état et le fonctionnement* des articulations voisines du foyer de fracture *genou* et *cou-de-pied*, nous constatons que l'extension du *genou* était complète dans tous les cas ; sa flexion se faisait de façon très complète, bien au-delà de l'angle droit, dans presque tous les cas ; une seule fois elle restait limitée à l'angle droit, une autre fois elle atteignait à peine l'angle droit. Le genou avait donc très peu souffert dans sa mobilité. Dans aucun cas il n'existait de latéralité anormale. Six fois on constatait la présence de craquements plus ou moins importants.

Au niveau des articulations du *cou-de-pied* et du *pied*, les troubles fonctionnels étaient beaucoup plus accentués, comme chez les blessés qui n'avaient pas subi l'ostéosynthèse.

Dans 2 cas seulement sur 21 blessés, les mouvements avaient conservé toute leur amplitude ou à peu près. Dans les 19 autres cas, il existait une raideur plus ou moins marquée de l'articulation du cou-de-pied ; dans un cas, il y avait ankylose presque complète du pied en position vicieuse d'équinisme ; 8 fois la flexion dorsale du pied dépassait l'angle droit, mais 8 fois elle atteignait l'angle droit seulement ; 2 fois elle demeurait au-dessous de l'angle droit, le pied étant placé en équinisme.

Les mouvements de rotation du pied étaient plus encore compromis, en particulier la rotation interne qui était la plus souvent limitée et la plus gravement atteinte ; les mouvements de rotation étaient perdus ou très limités dans 14 cas sur 19. La proportion des cas mauvais était donc très élevée, plus élevée que chez les blessés du premier groupe.

Les mouvements des orteils étaient plus ou moins réduits dans 5 cas.

Au point de vue de la *marche*, nos constatations ont été les suivantes : dans un cas la marche était impossible du fait d'une pseudarthrose qui a conduit plus tard à une amputation.

Dans un premier groupe de faits, le moins nombreux, 6 cas sur 21, c'est-à-dire dans moins du tiers des cas, la marche était exécutée dans des conditions normales ou à peu près normales ;

Elle était très gênée et rendait les blessés très impotents, les obligeant au port d'un appareil orthopédique, ou à l'appui sur une canne, chez 7 des sujets que nous avons examinés, c'est-à-dire dans le tiers des cas de notre statistique ;

La marche était plus ou moins défectueuse, mais ne constituait pas une grande infirmité, chez 8 blessés qui présentaient des raccourcissements et des attitudes vicieuses à un moindre degré, quoique encore assez prononcés.

Les chiffres que nous venons de citer sont bien peu différents de ceux que nous avons relevés chez les blessés n'ayant pas subi l'ostéosynthèse ; la marche s'effectuait, à peu de choses près, dans les mêmes conditions que chez les blessés du premier groupe.

En somme, que le sujet ait été soumis ou non à l'ostéosynthèse, dans *un tiers des cas* de notre statistique, la marche se faisait dans des conditions très défectueuses ; la proportion des cas mauvais était la même dans les deux groupes. Les cas dans lesquels le blessé marchait à peu près normalement étaient un peu moins nombreux chez les blessés ayant subi l'ostéosynthèse.

Forcément, ces membres atteints de fractures compliquées étaient restés faibles au moment de notre expertise ; la station debout sur le seul membre blessé était demeurée très incertaine, ou même impossible chez la plupart des sujets.

***

Les résultats concernant la *durée des incapacités temporaires* et le *taux des incapacités permanentes* vont être envisagés successivement dans l'un et l'autre des deux groupes de faits que nous avons admis, celui des fractures traitées par la simple désinfection du foyer de fracture et celui des fractures où la désinfection a été complétée par une ostéosynthèse.

Incapacités temporaires

Premier groupe (42 cas) : désinfection sans ostéosynthèse.

La durée de l'incapacité temporaire nous est inconnue dans 3 cas. Dans les 39 autres cas elle a été de :

3 mois 1/2..	1 cas	11 mois ..	1 cas
4 mois ..	1 cas	12 mois 1/2..	1 cas
5 mois ..	3 cas	13 mois ..	2 cas
5 mois 1/2..	1 cas	13 mois 1/2..	1 cas
6 mois ..	5 cas	14 mois ..	2 cas
6 mois 1/2..	3 cas	15 mois ..	1 cas
7 mois ..	7 cas	20 mois ..	1 cas
8 mois ..	1 cas	21 mois ..	1 cas
8 mois 1/2..	1 cas	23 mois ..	1 cas
9 mois ..	2 cas	2 ans ..	1 cas
10 mois 1/2..	1 cas	2 ans 1/2 ..	1 cas

Dans ces fractures du premier groupe, les cas où l'incapacité temporaire a été inférieure à six mois sont peu nombreux (6 cas sur 39) ; le chiffre le moins élevé, 3 mois 1/2, concernait un enfant de 9 ans.

Dans 16 cas, la durée de l'incapacité temporaire a été de 6 à 8 mois ;

Enfin le nombre des incapacités temporaires *prolongées* a été très élevé : il atteignait, dans 5 cas, de 8 mois 1/2 à 11 mois ; dans 11 cas de 1 an à 2 ans ; dans un cas 2 ans 1/2 ; en somme dans 17 cas sur 39, l'incapacité temporaire allait de 8 mois 1/2 à 2 ans 1/2. Et encore au moment où, de guerre lasse, nous avons cru devoir consolider le blessé, il persistait chez plusieurs d'entre eux, des plaies atones ou des fistules osseuses qui ne voulaient pas guérir.

Deuxième groupe (22 cas) : désinfection et ostéosynthèse.

La durée de l'incapacité temporaire nous est inconnue dans deux cas. Dans les 20 autres cas elle a été :

6 mois ..	2 cas	11 mois	1 cas
6 mois 1/2..	1 cas	1 an	1 cas
7 mois 1/2..	2 cas	1 an et 11 jours...	1 cas
8 mois 1/2..	1 cas	1 an et 5 mois....	1 cas
9 mois 1/2..	2 cas	2 ans 1/2........	1 cas
10 mois ..	5 cas	3 ans	1 cas
10 mois 1/2		3 ans et 45 jours..	1 cas

On remarquera que, dans ces fractures ostéosynthétisées, où tout porte à croire, il est vrai, que l'opération osseuse a été réservée à des cas plus graves que ceux du premier groupe, il n'y a pas eu un seul cas où l'incapacité temporaire ait été inférieure à 6 mois, alors que nous avons observé, en nombre restreint sans doute, des incapacités inférieures à 6 mois chez les blessés du premier groupe. Dans 6 cas, la durée de l'incapacité temporaire a été de 6 à 8 mois 1/2. Le nombre des incapacités temporaires *prolongées* a été très élevé puisque dans 14 cas sur 20, c'est-à-dire dans beaucoup plus de la moitié des cas, l'incapacité dépassait 9 mois, atteignait jusqu'à un an et plus, et même dans 2 cas jusqu'à trois ans, chiffre qui n'a pas été atteint chez les blessés du premier groupe.

En somme, il y a eu chez les blessés ayant subi une synthèse osseuse moins d'incapacités temporaires de courte durée (pas une seule au-dessous de 6 mois), un nombre assez sensiblement plus grand d'incapacités prolongées et des incapacités atteignant un chiffre plus élevé que chez les blessés non synthétisés.

PHOSCAMINE

Granulé Recalcifiant, Hématogène

- ACTIVATEUR DE L'ASSIMILATION -

COMPOSITION

ACIDES AMINÉS, PROVENANT DE L'HYDROLYSE DES HÉMATIES, MÉTHYLARSINATE DE SOUDE POLYGLYCÉROPHOSPHATES

INDICATIONS

anémies
dépression nerveuse
convalescences

CONVALESCENCES
PHOSPHORE
CALCIUM
ACIDES AMINÉS
GRANULÉ

DOSES
ADULTES : 2 cuillerées à café avant chaque repas
ENFANTS : 1 cuillerée à café avant chaque repas

RECALCIFIANT HÉMATOGÈNE

LABORATOIRE MAUCHANT GENNEVILLIERS (SEINE)

LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)
J. EURY, Docteur en Pharmacie

DOSES
▪ ADULTES : 3 à 4 cuillerées à café.
▪ ENFANTS : 2 cuillerées à café.
▪ NOURRISSONS : 1 cuillerée à café.

GRANULÉ

CROISSANCE

LIPOVITA

VITAMINES LIPOSOLUBLES

LIPOVITA

granulé très agréable au goût
à base de vitamines liposolubles

COMPOSITION

Chaque cuillerée à café contient :
VITAMINE " A "
200 UNITÉS INTERNATIONALES
VITAMINE " D "
2.000 UNITÉS INTERNATIONALES



INDICATIONS

troubles de la croissance
rachitisme
ostéomalacie
tétanie
décalcification
dans toutes ses manifestations
tuberculose
états infectieux, etc.

Dans le seul cas de notre statistique où la désinfection du foyer de fracture a été complétée par le passage de *broches à extension* dans les *extrémités supérieure et inférieure du tibia*, la durée de l'incapacité temporaire a été de *20 mois*, et encore, au moment où nous avons consolidé il persistait un petit orifice fistuleux entretenu par un foyer d'ostéite développé sur le trajet de l'une des broches.

Incapacités permanentes

Premier groupe (42 cas) : désinfection sans ostéosynthèse.

Voici les chiffres relevés dans ma statistique :

5 %......	2 cas	25 %......	5 cas
8 %......	3 cas	35 %......	2 cas
10 %......	3 cas	40 %......	1 cas
11 %......	1 cas	45 %......	3 cas
12 %......	4 cas	50 %......	4 cas
15 %......	6 cas	55 %......	3 cas
16 %......	1 cas	60 %......	1 cas
20 %......	1 cas	75 %......	1 cas
22 %......	1 cas		

Le taux de l'incapacité a évolué de 5 à 10 % dans 8 cas ; de 11 % à 15 % dans 11 cas, au total, dans 19 cas, c'est-à-dire dans un peu moins de la moitié des cas, le taux d'invalidité ne dépassait pas 15 %. Ces taux d'invalidité relativement peu élevés ont été observés dans 5 cas, chez des blessés que nous examinions en révision et chez lesquels il s'était produit une amélioration parfois assez importante pour réduire de moitié le taux de l'invalidité primitive. Le taux d'invalidité de 5 % a été attribué à un enfant de 9 ans.

Le taux de l'incapacité permanente à oscillé de 16 à 25 % chez 8 blessés ; de 35 à 45 % dans 6 cas ; de 50 à 75 % chez 9 blessés ; en somme dans un peu plus du tiers des cas, exactement chez 15 blessés, le taux de l'invalidité allait de 35 % aux chiffres très élevés de 55, 60 et 75 %. Ces taux élevés ont été attribués à des membres dont l'état était assimilable à celui d'un membre amputé. On peut juger, par ces chiffres, de la gravité du pronostic des fractures ouvertes de jambe.

Deuxième groupe (22 cas) : désinfection et ostéosynthèse.

Le taux des incapacités permanentes a été :

8 %......	2 cas	35 %......	2 cas
10 %......	2 cas	40 %......	1 cas
15 %......	3 cas	43 %......	1 cas
20 %......	3 cas	45 %......	3 cas
25 %......	1 cas	55 %......	1 cas
30 %......	2 cas	70 %......	1 cas

Le taux de l'incapacité a évolué entre 8 et 15 % dans 7 cas, c'est-à-dire dans le tiers des cas, alors que, chez les blessés du premier groupe, les invalidités de 5 à 15 % étaient observées dans près de la moitié des cas.

Le taux de l'incapacité permanente à oscillé de 16 à 30 % chez 6 blessés ; il était de 35 à 45 % dans 7 cas, de 50 à 70 % dans 2 cas, autrement dit, dans 9 cas sur 22, c'est-à-dire dans près de la moitié des cas, le taux de l'invalidité dépassait 35 % pour atteindre aux chiffres élevés de 50 à 70 %, tandis que chez les blessés du premier groupe, le taux d'invalidité ne dépassait 35 % que dans un peu plus du tiers des cas.

Il y a donc eu moins d'incapacités permanentes à taux réduit et plus d'incapacités à taux élevé chez les blessés qui ont subi l'ostéosynthèse que chez les blessés qui n'ont été soumis à aucune synthèse.

Dans le seul cas de notre statistique où la fracture ouverte a été traitée par la désinfection du foyer de fracture associée à l'extension continue pratiquée à l'aide de broches traversant les extrémités du tibia, l'incapacité permanente atteignait au chiffre très élevé de 50 % et des réserves devaient être faites sur l'avenir du foyer d'ostéite provoqué par la mise en place de l'une des broches.

Conclusions

Quel que soit le groupe de faits considéré, que l'opération de désinfection ait été suivie d'une synthèse osseuse ou non, les fractures de jambes compliquées ont été, jusqu'à maintenant, d'un pronostic grave.

Elles ont entraîné, *sur un total de 65 cas*, trois fois à l'amputation du membre et, dans quelques autres cas, une amputation eut donné, à certains blessés, un membre plus utile que celui qu'ils avaient tenu à conserver.

Elles ont été suivies, dans la moitié des cas de notre statistique, d'incapacités temporaires prolongées s'échelonnant de 8 mois à 2, 3 ans et même au delà.

Elles ont provoqué, dans près du tiers des cas, des incapacités permanentes à taux élevé atteignant de 40 % à 75 %.

L'avenir dira dans quelle mesure on peut attendre de la sulfamidothérapie (1), sur laquelle sont fondés tant d'espoirs légitimes, des résultats supérieurs à ceux que nous avons enregistrés.

L'étude comparée que nous avons entreprise des résultats fournis par les deux méthodes de traitement mises en œuvre (désinfection du foyer de fracture sans ostéosynthèse et désinfection suivie d'ostéosynthèse) a montré que, dans les cas de notre statistique *qui ont été traités par l'ostéosynthèse*, il existait moins de déformations, d'incurvations, de désaxements, d'attitudes vicieuses du membre blessé que chez les sujets non ostéosynthétisés ; de même l'absence de raccourcissement était bien plus fréquente et les grands raccourcissements plus rares.

Par contre, à la suite de l'ostéosynthèse, les accidents infectieux prolongés au niveau du foyer de fracture (ulcérations, abcès, ostéites, fistules) ont été observés plus souvent (mais les blessés, chez lesquels l'ostéosynthèse a été appliquée, semblent avoir été les plus gravement atteints) ; les mouvements du cou-de-pied et du pied étaient plus limités, la motilité du membre plus atteinte ; les cas dans lesquels la marche était normale ou à peu près étaient un peu moins nombreux ;

chez les blessés ayant subi l'osthéosynthèse, il y a eu moins d'*incapacités temoraires* de courte durée et plus d'incapacités temporaires prolongées atteignant un chiffre élevé ;

les *incapacités permanentes* à taux réduit ont été plus rares, les incapacités permanentes à taux élevé plus fréquentes.

Et cependant, dans certaines circonstances commandées par l'étendue des désordres anatomiques et la très grande difficulté de maintenir les extrémités osseuses en présence, l'ostéosynthèse s'est imposée et a rendu les plus grands services.

---

(1) L'emploi des corps sulfamidés dans les traumatismes récents en particulier dans les fractures ouvertes et dans quelques séquelles des traumatismes, a déjà fait l'objet de communications à l'Académie de Chirurgie (novembre 1940), et à l'Académie de Médecine où Ch. Lenormant a consacré (séance du 20 mai 1941), une étude importante aux applications de la sulfamidothérapie en chirurgie. Il a signalé les beaux résultats obtenus déjà dans le traitement des fractures ouvertes de jambe par les chirurgiens américains et par plusieurs chirurgiens français pendant la dernière guerre, grâce à l'association de la sulfamidothérapie et d'un acte chirurgical souvent complexe. Mais les faits ne sont pas assez nombreux actuellement pour qu'on puisse porter un jugement certain sur la valeur de la méthode.

Chirurgie und rheumatische Krankheiten, von Dozent Dr A. Fonio, Chefarzt des Bezirksspitals Langnau (Bern, Schweitz), 230 Seiten, 26 Abbildungen, Ausland-Ladenpreis : RM 11,25, Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig, 1939.

A. B. C. de la Médication digitalique à l'usage du médecin, par le professeur docteur E. Edens. — Petit in-8° de 47 pages, à Paris, chez J.-B. Baillière et fils, et à Lausanne, chez Payot et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 16 juillet 1941

Teneur en potassium du sang total, des globules et du sérum de quelques mammifères sauvages. — M. A. Urbain et Mlle M.-A. Pasquier.

Séance du 21 juillet 1941

Séance annuelle. — La prochaine séance annuelle est fixée au lundi 22 décembre 1941.

Séance du 28 juillet 1941

Sur la variation saisonnière de toxicité du sang de la vipère. — MM. Gabriel Bertrand et Radu Vladesco. — La toxicité du sang des vipères capturées au mois d'avril est faible. Cette faiblesse serait due à un épuisement relatif de leur sécrétion venimeuse au cours du repos hivernal : les glandes ne produiraient dans cette période de vie ralentie, qu'une quantité de substances hormonales inférieure à celle transportée par le sang et consommée par l'organisme. Pendant la période de vie active, au contraire, la richesse du venin et la toxicité du sang qui en est la conséquence, augmenteraient progressivement pour atteindre leur maximum vers le retour du sommeil hivenal.

Séance du 4 aout 1941

Inactivation de la toxicité de la tuberculine vis-à-vis du cobaye tuberculeux, par action sous vide de quelques substances chimiquement définies. — MM. E. Fernbach et G. Ruillier.

Sur la présence des ébauches hépatiques dans les embryomes congénitaux d'origine gémellaire. — MM. A. Peyron, Bernard Lafay et Bernard Ninard.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 août 1941

Le traitement de l'ulcère de l'estomac par le benzoate de soude intraveineux. — M. P. Brodin. — L'auteur a repris l'étude du traitement de l'ulcère de l'estomac par le benzoate de soude intraveineux préconisé en Espagne et en Italie. Il conclut à l'efficacité réelle et rapide de ce traitement vérifié radiologiquement. Il pense qu'il doit être tenté avant de recourir à une intervention chirurgicale, toujours sérieuse. Son échec doit faire penser à l'origine néoplasique probable des lésions observées.

M. Brulé déclare qu'il a observé des améliorations importantes avec extrait parathyroïdien et l'histidine. Il croit que le benzoate de soude est moins avantageux.

Etude biologique d'un cas de pellagre. — MM Lœper, Varay, Lesobre, Le Sourd, Mlle Maillard présentent un cas de pellagre dans lequel ils ont étudié l'oxycarbonémie, la nicotilémie et la porphyrinurie. Ils ont observé de l'oxycarbonémie importante à évolution régressive parallèle à l'évolution de la maladie. Le taux d'amide nicotinique bas dans les urines a remonté avec le traitement jusqu'à une valeur élevée. Porphyrinurie importante. M. Lœper insiste sur l'importance de l'oxycarbonémie dans ce cas.

Un cas probable de syndrome neuro-œdémateux épidémique. — M. Chevalier et Mme Poignan. — Femme de 29 ans, ayant fièvre, céphalées et œdèmes avec leucopénie et neutropénie. Il s'agit, sans doute d'un syndrome neuro-œdémateux épidémique.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 26 juillet 1941

Phénomène de Woods et azoïques sulfamidés, sulfoxydés et sulfonés. — M. C. Levaditi signale que l'acide p-aminobenzoïque exerce *in vivo* (infection streptococcique de la souris) à l'égard d'azoïques à fonction SO^2NH^2, SO et SO^2 une action empêchante incontestable, analogue à celle mise en évidence avec les sulfamides, les sulfones et les sulfoxydes correspondants.

L'involution du Treponema pallidum est-elle un phénomène intéressant l'ensemble de l'organisme contaminé ? — M. C. Levaditi a vu, chez les souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente, le *Treponema pallidum* offrir diverses phases involutives, dans plusieurs systèmes tissulaires. L'involution tréponémique serait donc, non un phénomène local, mais un processus général, très vraisemblablement lié à des particularités allergiques ou immunitaires intéressant l'ensemble de l'organisme.

Titrage du virus herpétique chez la souris. Survivance et immunité acquise. — M. C. Levaditi insiste sur le fait que la survivance de certaines souris à l'inoculation d'une dilution donnée de virus herpétique ne signifie pas forcément leur intégrité pathologique, car elle peut coïncider avec l'acquisition d'une immunité spécifique, avec ou sans lésions microscopiques légères ou altérations chroniques du névraxe.

Constance de la taille du virus rabique appréciée par l'ultrafiltration. — M. P. Léfine et Mlle V. Sautter montrent que la taille du virus rabique, originaire de l'A. O. F., en voie de fixation, est égale à celle du virus fixe de Paris ; les différences de taille entre virus fixe et virus des rues signalées, sont dues à l'inégale virulence des souches comparées.

Recherches sur le métabolisme d'une souche toxigène de bacille tétanique. — MM. G. Amouroux et J. Dochon ont obtenu une toxine particulièrement active en utilisant une digestion pepsique de muscle et de foie de cheval et une souche très toxigène. Ils ont suivi la transformation des substances azotées et carbonées du milieu au cours de la culture et insistent sur l'attaque importante des substances carbonées.

Corps de Paschen, vaccination et allergie vaccinale. — MM. P. Gastinel et R. Fasquelle ont vérifié sur l'homme le pouvoir de vaccinogénèse des corpuscules élémentaires vaccinaux et montrent que l'emploi des corps de Paschen permet d'explorer l'état d'allergie en éliminant toute cause d'erreur liée aux éléments de la lymphe vaccinale autres que cette forme très élémentaire du virus vaccin.

Action du radon sur le virus vaccinal : évaluation du diamètre des corpuscules. — MM. P. Bonet-Maury et R. Pérault trouvent dans l'action nocive du rayonnement total du radon sur le virus vaccinal protégé par une mince couche de substance cérébrale, une nouvelle méthode d'évaluation des dimensions des corpuscules vaccinaux.

Luminescence provoquée et perte de l'aptitude à la multiplication des enterobacteriaceae. — MM. J. Giuntini et Jean C. Levaditi montrent que l'instant où ces bactéries deviennent capables d'émettre aux rayons ultra-violets, une radiation secondaire visible en présence d'un fluorochrome, précède l'instant où elles perdent la faculté de se diviser.

Sur le mécanisme d'action de l'éphédrine. — M. M. Bariéty et Mlle D. Kohler, pour expliquer que, dans certaines conditions, les sympathomimétiques du groupe de l'éphédrine augmentent les effets hypotenseurs de l'histamine, de la trinitrine et de la papavérine, émettent l'hypothèse que l'éphédrine agit suivant un double mécanisme :

Action sympathomimétique, supprimée par les sympatholytiques ; action vaso-constrictrice propre, qui serait en même temps sensibilisatrice aux agents hypotenseurs étudiés.

Prolongation des effets de l'adrénaline sur l'intestin isolé de cobaye en présence de substances polyphénoliques naturelles dérivées de la flavone (phényl-benzol-γ-pyrone). — MM. J. Lavollay et J. Neumann ont antérieurement établi que ces matières colorantes, répandues dans les végétaux et ingérées par les animaux, ont la propriété d'inhiber l'autoxydation de l'adrénaline. Introduites dans le bain de Tyrode, elles potentialisent l'allongement de l'intestin de cobaye provoqué par les faibles doses d'adrénaline et surtout elles prolongent le temps d'inhibition et la durée de relâchement de l'organe.

Variations de la teneur des surrénales en adrénaline sous l'influence des injections d'histamine. — MM. L. Binet, et G. Weller ont trouvé une forte élévation de l'adrénaline après un choc histaminique, alors que la réaction est nulle après un choc accentué.

Polyglobulie de mobilisation et valeur fonctionnelle de l'hémoglobine (rôle de l'oxyde de carbone). — MM. L. Binet et M. Strumza ont vu que, au cours de l'anoxémie aiguë, l'hémoglobine, mise en circulation par la chasse des organes réservoirs, n'est pas toute entière immédiatement oxydable ; ces faits s'expliquent par la présence d'un taux assez élevé d'oxyde de carbone dans les réservoirs sanguins et, en particulier, dans la rate.

La rapidité de l'allergie obtenue avec la vaccination antituberculeuse de l'adolescent par voie dermique et par voie intra-dermique. — MM. J. Troisier et P. Nico confirment qu'il est facile de conférer une allergie artificielle par une ou deux vaccinations successives ; la méthode intra-dermique est la plus rapidement efficace pour obtenir cette sensibilité allergique.

Etude de la diffusion dans l'organisme humain des solutions de rhodanate de sodium introduites par voie veineuse. — MM. R. Cachera et P. Barbier montrent que le rhodanate de sodium se distribue dans l'eau extra-cellulaire de l'organisme, mais avec une rapidité de diffusion variable, surtout à l'état pathologique. La concentration de cet anion demeure légèrement plus élevée dans le plasma que dans les sérosités ; il pénètre dans les

hématies, où il semble se répartir sensiblement dans la même proportion que dans le plasma. L'équilibre de diffusion ne peut être décelé que par la construction de la courbe de disparition du rhodanate du sérum.

L'épreuve au rhodanate de sodium. Méthode de mesure du volume des liquides interstitiels. — MM. R. Cachera, et P. Barbier ont calculé le volume des liquides interstitiels avec une suffisante approximation, en construisant la courbe de disparition du rhodanate de sodium dans le sérum. Il y a avantage à comparer le volume des liquides interstitiels avec celui du plasma sanguin, mesuré dans une épreuve jumelée.

Sur quelques modifications pharmacologiques de la sécrétion gastrique provoquée par l'adrénaline. — MM. J.-L. Parrot et Fr. Verliac montrent que cette nouvelle action de l'adrénaline se trouve renforcée par les agents sympatholytiques, favorisée par l'ésérine, et inhibée au contraire, par l'atropine.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

Séance du 17 juin 1941

Les renseignements fournis par la planigraphie dans les affections des maxillaires. — MM. Cernea et Lefèvre. — Le cliché planigraphique a l'avantage d'être immédiatement lisible ; il évite les déformations.

Dans un cas d'épiphysite traumatique il a permis au prof. Cernea, grâce à la projection du côté malade sur le côté sain de fixer exactement l'importance de la déformation condylienne et l'étendue de la résection à pratiquer.

Un cliché planigraphique a également donné des renseignements précis dans un cas d'adamantinome en montrant l'intégrité des deux tables osseuses qui le limitaient.

Un autre cliché a permis de suivre le parcours intra-osseux d'une balle logée dans la région orbitaire.

Kyste paradentaire susradiculaire. — MM. Richard, Cernea et Hennion.

Parotidite gangréneuse par corps étranger. — M. Fromaigeat.

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

Séance du 10 juin 1941

Lait. — Le Comité adopte le vœu ci-dessous, qui complète celui qu'il a déjà émis sur le contrôle hygiénique du lait à la production, en envisageant les mesures qui s'imposent pour fournir à la population un lait propre et sain :

Considérant, d'une part, la nécessité de renforcer l'action des services sanitaires chargés de l'inspection des laits de consommation en nature, et, d'autre part, l'obligation pour le consommateur de ne pas constituer par son insouciance hygiénique un obstacle au progrès ;

Emet le vœu :

1° Qu'une ordonnance de police ou un arrêté préfectoral, défaut d'une loi ou d'un décret intéressant l'ensemble du territoire, précise les caractères essentiels rendant véritablement le lait impropre à la vente en nature pour la consommation humaine et indique les modalités de consignation, de dénaturation ou de saisie des produits jugés insalubres en même temps que les possibilités rationnelles de récupération pour d'autres usages ;

2° Que des textes semblables prescrivent les conditions de transport, de vente, et de distribution du lait au détail, et interdisent formellement l'emploi par le consommateur de récipients non munis d'un couvercle protégeant efficacement le lait contre les souillures extérieures.

Phytopharmacie. — M. le Prof. Perrot fait une communication relative à la défense sanitaire des végétaux. Le végétal semble moins bien armé que l'animal, dont la défense contre ses ennemis est individuelle, ou l'homme, qui l'a organisée collectivement. Contre la maladie, l'homme a utilisé, jadis le sorcier et ses plantes ; le pharmacien lui a succédé et collabore maintenant avec le médecin et le vétérinaire. En dehors de leur rôle thérapeutique, les végétaux sont indispensables à notre alimentation et à notre vêture. Nous devons donc veiller sur leur santé et la science qui s'en occupe s'appelle la phytothérapie. C'est la médecine des plantes, qu'il ne faut pas confondre avec la médecine par les plantes, qui porte le même nom.

Séance du 17 juin 1941

Les sages-femmes et la santé publique. — M. Le Lorier. — La question quelquefois posée de la nécessité des sages-femmes doit être résolue par l'affirmative. Les pays où elles n'existent pas n'ont pas lieu de s'en féliciter : les infirmières qui les remplacent ne rendent pas les mêmes services. D'après l'annuaire de 1940, il y aurait en France métropolitaine 9.747 sages-femmes et environ 600 de plus dans l'empire, sans compter les sages-femmes indigènes qui y exercent. A Paris, on en compte 950. Leur répartition est très inégale ; elles sont rares dans les départements pauvres et peu peuplés et beaucoup plus fréquentes dans les villes que dans les campagnes. Dans 16 départements à faible densité et à population pauvre, on en compte seulement de 20 à 40, tandis que dans les départements comme la Gironde ou le Nord, il y en a plus de 300 ; même entre les villes, on constate des différences considérables : il y a 163 sages-femmes à Marseille et 31 seulement à Lille. D'autre part, on forme à Paris, 35 nouvelles sages-femmes tous les ans, mais il faut y ajouter celles qui proviennent de beaucoup d'autres centres. La concurrence des hôpitaux, des médecins et des cliniques a raréfié pour elles la clientèle. Il faut donc trouver un nouveau débouché, c'est ce qu'avait prévu le projet Brissac-Mossé qui prévoyait leur utilisation à l'œuvre de la protection maternelle et infantile dans les régions où il n'y a pas assez de médecins et d'assistantes sociales.

Cette question soulève une discussion à la suite de laquelle il est nommé une commission qui établira un rapport.

Séance du 24 juin 1941

Alcoolisme. — M. Gustave Julien expose les grandes lignes de l'enquête qu'il a entreprise à propos de l'alcoolisme. Ce questionnaire pose, en un grand nombre de questions méthodiquement classées, le problème de l'alcoolisme sous tous ses aspects. Il sera résumé dans une brochure qui sera envoyée à tous ceux qui auront participé à cette enquête.

Lait écrémé. — La plupart des consommateurs, constate M. Houdinière consomment du lait écrémé. La valeur alimentaire de cet aliment est considérable ; mais on a aussi signalé ses dangers. Ils justifient le retour à une suggestion émise en 1917, dans des circonstances analogues, par M. Ch. Porcher ; le lait écrémé pasteurisé double, c'est-à-dire soumis à une concentration qui le réduit à la moitié de son volume, et en fait un aliment de conserve. La pasteurisation à 85° suffit à détruire la plupart des germes microbiens ; la concentration est effectuée au moyen de la chaleur et du vide combinés, et pourrait être réalisée dans les usines qui fabriquaient jadis du lait concentré. Ce lait « double » éviterait le transport de 50 kg. d'eau sur 103 kg. de lait écrémé, et constituerait un aliment de grande valeur, totalisant de 630 à 650 calories, et son prix ne serait pas élevé ; il atteindrait probablement deux fois celui du lait simple, c'est-à-dire 2 fr. 40 environ, équivalent à celui de 300 gr. de viande ou de 100 gr. de sucre.

Chirurgiens-dentistes. — M. Renard-Dannin expose le rôle triple du chirurgien-dentiste : à la fois propagandiste, hygiéniste et thérapeute.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 juin 1941

A propos des torsions appendiculaires. — M. Séjournet, avec présentation de pièce à l'appui, montre que le volvulus appendiculaire ne ressortit pas au même mécanisme que la torsion appendiculaire à la base, avec gangrène.

Aspect radiologique d'une invagination intestinale. — M. Guillot présente, au nom de M. Marcel Joly, une observation avec cliché de cette affection reconnue ainsi avant l'intervention. Suit une discussion montrant la difficulté de ce diagnostic radiologique chez l'adulte où il n'est pas typique comme chez l'enfant.

Traitement physiothérapique des séquelles de traumatismes articulaires. — M. Guillot présente, au nom de M. Marcel Joly, un travail dans lequel sont mis en valeur les avantages que peuvent donner les divers traitements physiothérapiques contre les ennuis qui surviennent à la suite de lésions articulaires surtout celles qui semblent peu importantes en apparence et presque négligeables.

L'inertie des cavernes tuberculeuses du poumon en considération des interventions chirurgicales. — M. Hinault. — M. Jean Lanos fait un rapport sur cette étude qui montre les raisons d'échec de certaines thoracoplasties et qui envisage les moyens de remédier à ces échecs par des indications plus précises.

Le rapport des condensations pulmonaires rétractiles avec l'atelectasie du parenchyme pulmonaire. — M. Hinault. — M. Jean Lanos fait un rapport sur cette seconde étude qui a le grand mérite de définir exactement l'atélectasie pulmonaire, de montrer qu'elle est, en réalité, plus rare que ne feraient croire certaines communications américaines.

Torsion intra-abdominale du grand épiploon. — M. Planson présente une observation de torsion aiguë ayant abouti, en quarante-huit heures, au sphacèle de tout l'organe. Il rappelle la rareté de l'affection et la difficulté du diagnostic. Il estime qu'on peut tout au plus soupçonner la torsion lorsque, se trouvant en présence d'un tableau clinique d'appendicite aiguë, on perçoit dans l'hypogastre ou la fosse iliaque droite une masse volumineuse, paraissant superficielle et présentant des contours

imprécis. La coexistence d'une hernie inguinale droite, réduite ou non, constitue un élément en faveur du diagnostic.

A propos d'une hémarthrose par entorse du genou. — MM. F. Masmonteil et J. Vautier rapportent une observation d'hémarthrose par entorse du genou où la laxité articulaire était considérable et où la ponction fut pratiquée d'urgence.

Ce cas montre : 1° que la laxité articulaire disparue trois jours plus tard peut relever d'une simple discussion capsulaire et n'implique pas forcément une rupture ligamentaire ; 2° que la ponction d'ugence comporte beaucoup d'avantages et ne s'accompagne pas obligatoirement d'une récidive de l'hémarthrose.

Présentation de pièce. — M. Séjournet présente une pièce de grossesse ectopique.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN
(Sections de médecine et de biologie)

Séance du 28 février 1941

Amyotrophie distale progressive neuronitique chez un convalescent de dengue. — MM. G. Giraud, J.-M. Bert et P. Mas.

Agranulocytose avec syndrome hémorragique. Evolution vers l'aleucie. — MM. G. Giraud, J. Baumel, P. Mas et P. Sentein. — Syndrome d'agranulocytose survenu chez une femme de 38 ans. Le tableau clinique et hématologique consistait en un syndrome hémogénique (hémorragies spontanées, thrombopénie marquée, allongement considérable du temps de saignement) avec anémie (1.500.000 globules rouges par mm^3) et leucopénie (2.700 globules blancs par mm^3). La réduction leucocytaire portait essentiellement sur les polynucléaires (8 %). L'évolution a été très rapide, la mort est survenue 25 jours après l'apparition des premières hémorragies. Une seule notion étiologique était à retenir : l'absorption du benzyl-amino-benzène-sulfamide, à l'occasion d'une infection mammaire (en cours d'allaitement). Mais il s'agissait de doses très faibles (un gramme par jour), difficilement incriminables.

Paralysie post-sérothérapique du plexus brachial. — MM. J. Euzière, Ed. Fassio et J. Guillaud. — Deux observations de paralysie dissociée du plexus brachial après injection de sérum antitétanique présentant quelques particularités cliniques : bilatéralité de la paralysie ; début tardif (trois mois après) dans un cas ; présence de troubles objectifs de la sensibilité respectivement dans le territoire du nerf circonflexe et dans celui du nerf musculo-cutané.

Septicémie post-angineuse à bacillus funduliformis. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, R. Kohn, Mlle Labraque-Bordenave et M. R. Bosc. — Observation d'un soldat de 21 ans qui, à la suite d'une angine banale, présenta une septicémie à bacillus funduliformis démontrée par l'hémoculture en milieu de Boëz et l'examen du pus des diverses localisations. Ce germe présentait à son habitude un polymorphisme extraordinaire ; il se montra de faible virulence pour le cobaye.

Au contraire, la septicémie du malade revêtit une allure suraiguë : après une angine de trois jours, une période intermédiaire de même durée, la septicémie annoncée par des accès de frissons avec tremblement, et par un empâtement douloureux sous angulo-maxillaire gauche, évolua vers la mort en quatre jours. Cette période fut marquée par l'apparition des lésions suivantes : *a*) subictère et hépatomégalie douloureuse ; *b*) phénomènes pleuro-pulmonaires, notamment épanchement pleural purulent bilatéral (dans le poumon on devait constater l'existence de multiples infarctus suppurés ou en voie de suppuration, de la grosseur d'une noisette à une mandarine) ; *c*) localisations articulaires suppurées du genou droit et de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche.

Cette septicémie avait revêtu le tableau clinique typique établi par les travaux de Teissier, de Lemierre, de Reilly, tout au moins pour les formes graves de l'affection.

Staphylococcémie puerpérale. Guérison par sulfamidothérapie (sulfamidopyridine) associée au transfusions sanguines. — MM. Janbon, J. Chaptal et R. Bosc.

A propos de 24 cas d'acrodynie. Considérations cliniques. — M. J. Chaptal.

A propos de 24 cas d'acrodynie. Considérations nosologiques. — M. J. Chaptal.

A propos de 24 cas d'acrodynie. Essai thérapeutique. — M. J. Chaptal. — L'auteur a appliqué à cette affection la thérapeutique en usage au cours des encéphalites de l'enfance : il a alterné des injections par voie intramusculaire d'un mélange de salicylate de soude et de formine en milieu glycosé avec des injections d'un vaccin à affinité neurotrope réalisé par autolysat de staphylocoques et de bacillus prodigiosus.

L'auteur a toujours eu l'impression que dans tous les cas où il avait employé ce mode de traitement, l'évolution avait été nettement écourtée, et la guérison obtenue plus aisément qu'à l'habitude. Il pense que c'est cette thérapeutique qui lui a constamment évité les complications.

Le risque possible d'évolution de l'acrodynie vers une encéphalite diffuse la justifie.

Le syndrome radiologique de la maladie de Lobstein. — MM. J.-M. Bert et P. Bétoulières. — Etude anatomo-radiologique de deux cas de maladie de Lobstein ; les constatations suivantes ont été faites : aspect gracile du squelette avec amincissement du tissu compact ; voûte crânienne affaissée : crâne à rebords d'Apert, transparence anormale des os du crâne ; décalcification vertébrale et pelvienne intense ; peu de déformations osseuses. Aspect des fractures : peu de déplacement ; cal pauvre en tissu compact, peu saillant.

Anémie de Biermer avec atrophie très accusée des muqueuses digestives. — Mlle M. Giraud, MM. Harant, T. Desmonts et Mlle Y. Fabre. — Une femme de 56 ans, est hospitalisée le 23 juillet 1940 pour une anémie intense ayant débuté en février 1940. A la numération on trouve 1.056.000 hématies par millimètre cube de sang avec augmentation de la valeur globulaire 1,15 et du diamètre des hématies. La malade décède le 23 août.

THÈSES DE PROVINCE (1)

THESES DE MEDECINE DE NANCY

Année scolaire 1939-1940

Doctorat d'Etat : 53. — Doctorat d'Université : 18.

Total : 71 noms, numérotés de 1 à 75 inclus. (Les thèses 62, 65, 70, et 72 n'ont pas été soutenues.)

U. 21. — Ajzensztat. — *Contribution à l'étude du traitement chirurgical du prolapsus du rectum chez l'enfant.*

U. 50. — Andermann (Mlle). — *Les fractures isolées de la tête du radius.*

N° 51. — Arbonville. — *Traitement de la dysménorrhée des jeunes filles.*

N° 23. — Barachon. — *La douleur gastrique et son traitement médical.*

N° 68. — Bardelli. — *Vitamine C et vieillard. Le problème de la cataracte sénile.*

N° 63. — Barthelemy. — *Les acquisitions récentes du diagnostic bactériologique de la diphtérie. Leur intérêt clinique et épidémiologique.*

N° 22. — Bataille. — *Essais, réflexions et considérations sur l'emploi de la transfusion sanguine dans un poste sanitaire divisionnaire.*

N° 18. — Baudu. — *Maladie de Thomsen. Maladie de Steinert. Essai de traitement par la quinine.*

U. 27. — Betman. — *Contribution à l'étude du rhumatisme parkinsonien.*

N° 73. — Bouchaud. — *Fontionnement d'un centre de transfusion sanguine aux armées en temps de guerre.*

N° 61. — Bouvenet. — *Les plaies du rein par projectiles de guerre.*

N° 47. — Bozzolo (Mlle). — *Contribution à l'étude des perforations gastriques après gastro-entérostomie.*

N° 20. — Brenet. — *Récidives du mal de Pott après greffe d'Albee.*

N° 54. — Bretagne. — *A propos d'un cas de luxation tarso-métatarsienne traitée par l'orthopédie.*

N° 33. — Brion. — *Contribution à l'étude des plaies articulaires du pouce et de leur traitement.*

N° 41. — Chaudron. — *La sulfamidothérapie dans les pneumopathies aiguës chez l'adulte.*

N° 34. — Collin. — *Cancers du col restant après hystérectomie subtotale.*

N° 7. — Corradini. — *Le pneumothorax à l'hôpital. L'avenir médical, social et moral du porteur de pneumothorax.*

N° 30. — Daudier. — *Contribution à l'étude des propagations osseuses des épithéliomas de l'utérus.*

N° 57. — Delaoutre (Gérard-François-Xavier). — *Contribution à l'étude du syndrome de Plummer-Vinson.*

N° 19. — Delaoutre (Paul). — *La compression du cornet moyen par les malformations hautes du septum. Pathogénie de certaines céphalées rebelles.*

N° 10. — Deplus. — *Contribution à l'étude du traitement préventif des adhérences intestinales post-opératoires par injections intrapéritonéales d'huile de paraffine stérile.*

---

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1941, Marseille nos 63-64, Montpellier nos 69-70, Hanoï nos 71-72.

N° 13. — Dutilleul. — *Le prurigo nodulaire.*

U. 5. — Edelson. — *Contribution à l'étude de l'ostéomyélite de l'omoplate.*

U. 17. — Fainsteins (Mlle). — *Contribution à l'étude de la puberté tardive chez la femme.*

N° 46. — Fayet. — *La grossesse et l'accouchement chez les jeunes primipares.*

U. 44. — Ferztenberg (Mlle). — *Corps étrangers solides de l'utérus.*

N° 42. — Gaillot. — *Contribution à l'étude des leucosarcomatoses.*

U. 26. — Grauzam. — *Contribution à l'étude du syndrome de Klippel-Feil.*

U. 6. — Grojsman. — *Les vitamines de la bière.*

U. 71. — Grynberg. — *Etude sur l'action des eaux minérales de Bourbonne-les-Bains et leurs indications thérapeutiques.*

N° 49. — Guillemin. — *A propos de quelques observations d'amputation de Ricard. Indications, technique, avantages.*

N° 31. — Harter. — *A propos d'un cas d'insuffisance surrénale subaiguë sans pigmentation.*

N° 58. — Hermant. — *Paralysie temporaire du diaphragme par alcoolisation graduée du nerf phrénique et de ses anastomoses.*

N° 66. — Holvec. — *Bains-les-Bains, station des artériels.*

N° 64 — Job. — *Contribution à l'étude du traitement par immobilisation haute des contusions graves et luxations de l'épaule.*

N° 39. — Lacourt. — *Du traitement préventif de la luxation congénitale de la hanche chez le tout jeune enfant.*

N° 56. — Lamidon. — *Contribution à l'étude du traitement de l'acrodynie infantile par la vitamine B.*

U. 9. — Lapczynski. — *Contribution à l'étude de la transfusion du sang conservé.*

N° 55. — Ledoux. — *L'endocardite mélitococcique.*

U. 2. — Leichtmann. — *Les formes cliniques des brucelloses observées dans la région de l'Est. Leur polymorphisme symptomatique.*

N° 59. — Lemaire (Georges). — *Contribution à l'étude clinique du cancer de l'ampoule de Vater.*

N° 1. — Lemaire (Georges-Ernest). — *L'appui direct dans les amputations du membre inférieur.*

N° 52. — Mansuy. — *Etude sanitaire et médico-sociale d'une colonie de vacances édifiée à Saint-Brévin-l'Océan (Loire-Inférieure).*

N° 60. — Mohnen. — *Contribution à l'étude de la morphinomanie. L'emploi du laudanum en injections hypodermiques.*

U. 3. — Pavis. — *Contribution à l'étude de la simulation des maladies des reins.*

N° 38. — Pire. — *Modifications de la moelle osseuse hématogène sous l'influence des rayons X. Etude du myélogramme sternal.*

N° 53. — Poirot. — *Contribution à l'étude des syndromes de la fossette latérale du bulbe. Syndrome de Wallenberg.*

N° 14. — Renan. — *Contribution à l'étude de la syphilis péritonéale chronique diffuse de l'adulte.*

N° 25. — Renard. — *Quelques données sur la sclérose tubéreuse (ou hypertrophique) de Bourneville. (Istioatypie corticale disséminée de Pellizi.) A propos d'une observation.*

U. 69. — Rosner. — *Appareillages pour les amputés des deux avant-bras.*

N° 43. — Rougevin. — *A propos d'un cas de tumeur cérébrale à marche rapide simulant une encéphalite.*

N° 40. — Roux. — *Considérations sur le fonctionnement de l'hôpital-sanatorium Villemin. Données statistiques de l'année 1938. Les tendances actuelles.*

N° 37. — Ruff. — *A propos d'un cas de syringomyélie avec hypertrophie d'un membre supérieur.*

N° 12. — Salins. — *Contribution à l'étude des sections d'adhérences pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel.*

N° 24. — Scharff. — *Contribution à l'étude des injections de la cavité de Retzius.*

U. 67. — Schenkelbach. — *Le traitement immédiat de l'arthrite ostéomyélitique de la hanche.*

N° 15. — Schmidt. — *Le point de vue médico-légal des intoxications benzoliques.*

N° 36. — Sintive. — *Technique des injections viscérales. Le mélange acétone. Celluloïd avec la seringue de Schmeidel-Reiner.*

U. 4. — Skowron. — *Traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les engants âgés.*

N° 74. — Steib. — *Considérations sur la collapsothérapie par le pneumothorax extrapleural au sanatorium.*

U. 45. — Stein. — *L'aigrette du nouveau-né.*

N° 29. — Steiner. — *Essai sur l'étude des hyperthyroïdies de la ménopause chirurgicale.*

U. 75. — Sztal (Mlle). — *Contribution à l'étude des spasmes artériels cérébraux au cours des méningites.*

U. 16. — Szylist. — *Contribution à l'étude de la surélévation congénitale de l'omoplate (Maladie de Sprengel).*

N° 11. — Tarralle. — *Contribution à l'étude des troubles pupillaires dans les pneumopathies aiguës.*

N° 8. — Thomas (André-Maurice-Gaston). — *Le dépistage de l'infection tuberculeuse des laits par l'examen direct.*

No 28. — Thomas (Guy). — *Contribution à l'étude du traitement du barbiturisme aigu.*
No 35. — Tondre. — *L'alcoolisme, fléau social.*
No 32. — Vigneront. — *De la nature constitutionnelle de certaines arythmies.*
No 48. — Weintrob. — *Interventions chirurgicales chez les hémophiles.*

Année scolaire 1940-1941

Doctorat d'Etat : 14. — Doctorat d'Université : 1.
Total : 15 noms, numérotés de 1 à 15 inclus.

No 1. — Amselle (Mlle). — *Contribution à l'étude des rapports de l'éclampsie et de l'hémorragie rétro-placentaire à caractère apoplectique.*
No 13. — Brugnot. — *Des syndromes neurologiques par électrocution.*
U. 15. — Fazakas. — *Les manifestations dermatologiques de la maladie de Bouillaud.*
No 14. — Gérome. — *A propos d'un cas d'ostéochondromatose des bourses séreuses de l'épaule chez un enfant.*
No 6. — Grandidier. — *Les études récentes sur la genèse et la physiopathologie de l'œdème aigu du poumon.*
No 11. — Hadot (Mlle). — *Les prédispositions familiales aux infections à affinité neurotrope. Importance du strabisme comme indice de ces prédispositions.*
No 9. — Harmand. — *Contribution à l'étude du saturnisme hydrique.*
No 5. — Hemmelmans. — *Contribution à l'étude de l'exophtalmie pulsatile traumatique.*
No 3. — Hurter. — *L'ostéotomie sous-trochantérienne dans le traitement du décollement épiphysaire spontané de l'extrémité supérieure du fémur.* (Etudiant de la Faculté de Strasbourg : thèse soutenue à Nancy et numérotée à Nancy ; diplôme délivré par Strasbourg.)
No 10. — Laroche. — *Les communications bulbaires congénitales. Anomalie de cloisonnement du bulbus-cordis.*
No 12. — Pelluault. — *A propos des ruptures du tendon du quadriceps et du tendon rotulien.*
No 4. — Petit (Mlle). — *Les ostéoarthropathies syringomyéliques.*
No 2. — Pierquin. — *La myélotoxicose benzolique. Etude clinique et hématologique.*
No 8. — Roussel. — *De la part de la gonococcie dans le rhumatisme chez les fillettes.*
No 7. — Seurin (Mlle). — *Le kyste de l'ovaire chez l'enfant et la torsion de son pédicule.*

NOTES POUR L'INTERNAT

LE MÉGACOLON

Hirschsprung, en 1886, définissait le mégacôlon comme une « ectasie et hypertrophie primitive et congénitale du côlon, ne paraissant pas due à un obstacle au cours des matières ».

Dès 1895, Marfan admet l'existence de la forme acquise du mégacôlon.

Enfin, les travaux physiopathologiques de Leriche nous ont permis de saisir la pathogénie de cette affection qui doit être envisagée comme un trouble de l'innervation extrinsèque du côlon relevant du sympathique inhibiteur. C'est à cet auteur que nous sommes redevables du traitement neurochirurgical du mégacôlon. Ce sont ces notions nouvelles qui donnent à cette question d'actualité toute son importance.

Nous éliminerons de cette question le mégacôlon symptomatique dont la cause est nettement connue : atrésie, rétrécissements traumatiques ou inflammatoires de l'intestin, tumeur de la moelle, pour n'envisager que le mégacôlon primitif.

Relations du mégacôlon et du dolichocôlon

La plupart des auteurs, et tout récemment encore P. Duval, considèrent mégacôlon et dolichocôlon comme deux affections distincts. Cela peut paraître à première vue exact dans les cas extrêmes. Le mégacôlon aurait une symptomatologie qui débuterait au commencement de la vie, ses parois seraient hypertrophiées. Le dolichocôlon, caractérisé uniquement par son excès de longueur et des parois normales, donnerait des troubles relativement minimes de l'âge mûr.

Actuellement, avec Leriche, on doit admettre que cette distinction n'est pas fondée En regardant, en effet, avec soin les nombreuses radiographies publiées, on se rend compte qu'il y a très fréquemment association de l'excès de calibre et de l'excès de longueur, soit sur le côlon sigmoïdien, soit sur d'autres parties du côlon. Le dolichocôlon s'accompagne souvent de mégacœcum ou d'augmentation du côlon droit et de ses angles. On peut même se demander, s'il n'y a pas toujours dans le mégacôlon type Hirschsprung, une très sensible augmentation de longueur précédant ou accompagnant l'augmentation de calibre. « *Le côlon trop large de la maladie de Hirschsprung, de toute évidence est aussi un côlon trop long* (Leriche). » Chez l'enfant, à l'aide de

radiographies à différents âges, on voit souvent se succéder dolicho et méga. Dans ces cas, d'ailleurs, la thérapeutique neurochirurgicale amène une diminution de calibre et de longueur, ce qui prouve que ces affections soit-disant distinctes ont bien une physiopathologie commune.

Physiopathologie

La physiopathologie nous a appris assez peu de chose sur la pathogénie du mégacôlon. Langley a bien démontré le rôle inhibiteur du sympathique sur la motricité intestinale : l'excitation du bout périphérique du sympathique lombaire sectionné provoque un arrêt du péristaltisme colique. Chez des animaux paralysés, on avait constaté une perte de tonus et des mouvements péristaltiques du côlon ; après résection du sympathique lombaire, ces animaux eurent des selles. Certains auteurs réussirent à reproduire expérimentalement le mégacôlon. Enfin, récemment, Hermann et Morin mirent en évidence chez le chien le rôle inhibiteur du splanchnique.

Hurst pense que le dérèglement sympathique-parasympathique atteindrait surtout le fonctionnement du sphincter pelvirectal ou du sphincter anal. C'est ce qu'il a décrit sous le nom d' « *achalasie colique* ». Ces faits existent, ils sont exceptionnels.

Mais dans cette pathogénie du côlon, *les constatations cliniques ont précédé la théorie et l'expérimentation.*

En Australie, deux chirurgiens, Royle et Wade, avaient remarqué au cours de nombreuses ramisectomies pour des maladies de Little, la disparition de la constipation opiniâtre dont beaucoup de ces malades étaient sujets.

En France, Leriche avait également noté, après les nombreuses sympathectomies lombaires qu'il avait pratiquées, puis après des splanchnicectomies chez des hypertendus, la facilité des évacuations intestinales et l'absence de tout trouble fonctionnel. Ce sont de ces diverses constatations qu'est née la pathogénie neurogène du mégacôlon et son traitement neurochirurgical. Pour Leriche, en plus de ces constatations, il faut tenir compte de l'association fréquente de la dilatation d'autres organes : mégaœsophage, mégauretère, mégavessie. « Ces associations permettent de penser que peut-être *la cause est dans l'innervation extrinsèque relevant du sympathique inhibiteur aussi bien des fibres circulaires que des fibres longitudinales, véritable phénomène d'inhibition.* »

De plus, au Brésil où cette affection est très fréquente, comme le mégaœsophage, on la rattache à une avitaminose B^1 qui atteint les cellules ganglionnaires, et on a pu de cette façon la reproduire expérimentalement.

Etude clinique

Cliniquement, le mégacôlon peut se manifester à toutes les périodes de la vie. Sa symptomatologie est très polymorphe et nullement caractéristique. Sauf chez l'enfant où l'on peut parfois affirmer cliniquement qu'il s'agit d'un mégacôlon, la plupart du temps il existe un ensemble de symptômes banaux accompagnant une constipation marquée. On pense au mégacôlon et c'est l'examen radiologique qui viendra confirmer cette présomption.

Nous allons donc voir *quels sont les symptômes qui doivent faire penser au mégacôlon :*

1° *Chez de nouveau-né ;*
2° *Chez l'enfant ;*
3° *Chez l'adulte et le vieillard.*

Nous verrons ensuite la façon de conduire l'examen radiologique.

I. — Chez le nouveau-né :

C'est la plupart du temps un nourrisson qu'on amène *parce qu'il n'a pas rendu son meconium* dans les délais normaux. L'enfant qui buvait bien et dormait bien n'accepte plus volontiers qu'une petite quantité de lait ; il est agité surtout la nuit. Puis, peu à peu le ventre se gonfle, devient tendu. De plus rapidement la *dénutrition* est très marquée, la courbe de poids ne reprend pas sa courbe ascendante.

Que faut-il faire ?

1° *Examen de la région anale :* ne s'agit-il pas d'une imperforation anale ? Non : alors,

2° *Toucher rectal :* ne montre rien, ne ramène pas de sang. (C'est une occlusion ou une subocclusion, donc très grave, ne pas perdre de temps.) Faire immédiatement :

3° *Examen radiologique :* qui va montrer l'énorme distension colique, soit segmentaire, soit totale. Dans ces cas, le pronostic est particulièrement sombre et jusqu'à présent on considérait que ce mégacôlon du nouveau-né était presque toujours fatal. Il faudra, sur la table radiologique, pratiquer :

4° *Une infiltration du splanchnique* à hauteur de L_1 ; l'observation de Mallet Guy montre bien ce que l'on peut attendre de cette thérapeutique que l'on renouvellera si besoin est les jours suivants.

Parfois, le tableau est moins dramatique. L'enfant a bien présenté un retard notable dans l'évacuation de son meconium, puis tout est rentré dans l'ordre. Ce n'est que plus tard que l'on sera appelé à voir cet enfant, mais ce symptôme devra être précieusement noté.

II. — Chez l'enfant :

En effet, ce n'est souvent qu'à 2 ou 3 ans qu'on amène l'enfant qui avait parfois présenté un retard dans l'évacuation de son meconium, mais surtout maintenant il est constipé et son ventre s'est peu à peu distendu. Fréquemment, ce n'est qu'à 8 ou 10 ans qu'apparaissent ces symptômes.

1° *La constipation*, symptôme le premier en date, est constante et toujours très marquée. Les parents racontent que l'enfant ne va à la selle que tous les 4, 5 ou 6 jours, même avec des lavages intestinaux et des laxatifs très doux. Les purgatifs sont souvent très mal supportés, ils augmentent la distension abdominale, provoquent des vomissements et donnent rarement lieu à une évacuation des matières. C'est souvent à la suite d'une de ces purgations que les parents affolés du résultat viennent demander conseil.

Ils vous apprennent que l'enfant a des selles extrêmement abondantes et d'odeur repoussante. Ces évacuations amènent une sédation des symptômes présentés par l'enfant.

S'il existe de la rétention pour les matières, il est loin d'y en avoir pour les gaz qui exhalent toujours une odeur repoussante. Il sont toujours très abondants et il est classique de citer le cas observé par M. P. Duval de ce malade « dont les gaz empestaient toute la maison ».

2° *La distension abdominale* est constante, elle succède à la constipation. Le ventre se ballonne en forme de tonneau. Cette intumescence abdominale diminue après une abondante évacuation et augmente avec une rétention prolongée des matières. Cette dilatation tympanique a son maximum de circonférence dans la région susombilicale.

Contrastant avec cette distention abdominale, c'est :

3° *L'atteinte de l'état général* de ces enfants qui amène souvent les parents à consulter. Contrastant avec ce gros ventre, les membres sont amaigris ainsi que le thorax. Leur courbe de poids est bien au-dessous de la normale ; rapidement, d'ailleurs, cette atteinte de l'état général va être marquée. On note précocement une diminution du pannicule adipeux sous-cutané au ventre, puis aux membres et enfin à la face, pour arriver finalement au tableau de l'athrepsie si bien décrit par Parrot.

Chez les enfants plus âgés, l'atteinte de l'état général est moins profonde, mais l'enfant accuse des céphalées, il ne joue plus, il demande à rester au lit.

L'examen clinique va montrer très peu de chose, à part ce ventre distendu tympanique. Son but principal sera d'éliminer ce qui n'est pas du mégacôlon. L'examen de la région anale pourra permettre de voir une petite *fissure anale :* c'est une cause de mégacôlon symptomatique qu'il faut toujours penser à éliminer, les troubles disparaîtront avec le traitement de la fissure.

On confondra rarement ce gros ventre tympanique avec *le gros ventre du rachitique* qui se reconnaît aisément : il est flasque, étalé, sans sonorité à la percussion.

Une des erreurs les plus fréquentes au cours de la deuxième enfance, *est la péritonite tuberculeuse.*

Ces causes d'erreurs éliminées, en présence d'un enfant constipé de longue date, au ventre ballonné avec de véritables crises de subocclusion, on doit penser au mégacôlon et faire pratiquer un *examen radiologique* sur lequel nous insisterons.

Quel va être le devenir de cet enfant atteint de mégacôlon, si une thérapeutique bien dirigée n'intervient pas ?

L'évolution essentiellement chronique se fait avec des alternatives d'amélioration après débâcle et d'aggravation à la suite de stase prolongée. Dans les périodes d'obstruction apparaissent quelques symptômes secondaires, tels que anorexie, vomissements, céphalées, qui disparaissent après une abondante évacuation.

Ce qui frappe avant tout chez l'enfant, *c'est le retentissement sur l'état général.* Ces enfants restent malingres, de taille et de poids inférieurs à la normale.

A ceci vient souvent s'ajouter la *colite ulcéreuse :* les matières sont enveloppées de fausses membranes et peu à peu apparaissent quelques crises de diarrhée muco-hémorragique.

Parfois l'obstruction est tellement marquée qu'il n'y a plus émission de gaz : c'est *l'occlusion* imposant une intervention chirurgicale d'urgence.

Plus rarement chez l'enfant, le ventre est tellement ballonné qu'il comprime les organes thoraciques, déterminant de la dyspnée et de la cyanose.

Souvent, grâce à de petits moyens, tels que lavages intestinaux fréquents, purgatifs doux, l'enfant ne présentera que par intermittence des crises de subocclusion avec météorisme. Peu à peu il va atteindre l'âge adulte n'ayant présenté pour toute complication que des troubles de l'état général. En somme, l'évolution est particulièrement grave chez le jeune enfant et chez tous, cette constipation opiniâtre fait d'eux des enfants amoindris, toujours à la merci d'une complication.

(A suivre.) M.-H. Servelle.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 75-76. — 17-20 SEPTEMBRE 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques-postaux : Paris 2538-76

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — RÉPARTITION DANS LES SERVICES HOSPITALIERS DE MM. LES ELÈVES INTERNES EN PHARMACIE POUR L'ANNÉE 1941-1942 ET DE MM. LES ELÈVES INTERNES EN MÉDECINE POUR LE 2e SEMESTRE DE L'ANNÉE 1941-1942. — *MM. les Elèves internes en pharmacie*, actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres, (salle des consultations de spécialités), à leur répartition dans les Etablissements de l'Administration pour l'année 1941-1942, savoir :

Internes entrant effectivement en 4e, 3e et 2e année, le mardi 30 septembre 1941, à 15 heures.

Internes entrant effectivement en 1re année, le mercredi 1er octobre 1941, à 15 heures.

MM. les Elèves internes en médecine, actuellement en fonctions et sans place pour le second semestre, les internes en médecine titularisés et les externes en premier sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres (salle des consultations de spécialités) à leur répartition dans les Etablissements de l'Administration pour le 2e semestre de l'année 1941-1942, savoir :

Internes en médecine, le lundi 20 octobre 1941, à 15 heures.

Internes en médecine titularisés, le mardi 21 octobre 1941, à 15 heures.

Externes en premier, le mardi 21 octobre 1941, à 16 heures.

— LE CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE s'ouvrira le 7 octobre 1941.

— LE CONCOURS DE L'EXTERNAT s'ouvrira le 11 décembre 1941.

Hospice National des Quinze-Vingts. — CONCOURS POUR UN EMPLOI DE MÉDECIN OPHTALMOLOGISTE ADJOINT. — Ce concours sera ouvert le mercredi 15 octobre 1941, à 9 heures du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les Docteurs qui désirent concourir peuvent se faire inscrire au secrétariat de l'Hospice National des Quinze-Vingts, rue Charenton, n° 28, tous les jours, sauf les samedis après-midi, dimanches et jours fériés, de 9 à 11 heures et de 16 à 18 heures, jusqu'au samedi 27 septembre 1941 inclus.

Université de Paris. — M. Gilbert Gidel, professeur à la Faculté de Droit de Paris et à l'Ecole des Sciences politiques est nommé *recteur* en remplacement de M. Maurain, membre de l'Institut, atteint par la limite d'âge.

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Chevalier :* Médecin capitaine Mauvais (Maroc). (*J. O.*, 6 septembre 1941.)

Chevalier à titre posthume), le médecin lieutenant Fromaget, du 91e G. R. D. (Croix de Guerre avec palme). (*J. O.*, 9 septembre 1941.)

Officier. — Le Dr Morice (A. M. G. E. E.), ancien médecin major de 2e classe au 24e régiment d'artillerie. (*J. O.*, 10 septembre 1941.)

Santé Publique. — INSPECTION DE LA SANTÉ. — Par arrêtés du 30 août 1941, sont nommés médecins inspecteurs de 2e classe, au traitement de 50.000 francs.

M. le Dr Birbis, inspecteur adjoint de la Gironde, affecté au département de la Gironde.

M. le Dr Cuvier, inspecteur adjoint des Landes, non installé, affecté au département des Landes.

Par arrêtés du 30 août 1941, sont affectés :
Au département du Cher, M. le Dr Depierris, inspecteur de la Gironde.
Au département de la Gironde, M. le Dr Freyche, inspecteur adjoint des Basses-Pyrénées.

Hôpitaux psychiatriques. — Mme le Dr Lecomte, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lafond (Charente-Inférieure) est affectée, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Rouen. (*J. O.*, 10 septembre 1941.)

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Lionel Pelerin est nommé adjoint au maire de Nancy.
M. le Prof. Rémy Collin et M. le Dr Maurice Mutel, sont nommés conseillers municipaux de Nancy.

Secrétariat général des Anciens Combattants. — M. le Médecin général Costedoat, professeur agrégé au Val-de-Grâce, est nommé président de la Commission consultative médicale au Secrétariat général des Anciens Combattants, à dater du 1er septembre 1941. (*J. O.*, 7 septembre 1941.)

Comité consultatif d'hygiène de France. — Sont nommés membres du comité MM. les Drs R. Barthe, H. Dessoille, Gros, M. Kling et Prieur.
Sont nommés membres de la *section d'hygiène industrielle et de médecine du travail* instituée au Comité consultatif d'hygiène par un décret en date du 25 août 1941, MM. les Drs R. Barthe, Dessoille, Duvoir, Gros, M. Kling, Prieur et Rist.

Société Médicale des Hôpitaux de Paris. — Des *séances plénières* de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, auront lieu les 7 et 8 novembre prochain, avec le programme ci-dessous :
Vendredi 7 novembre. — Matin : *Les cortines de synthèse :* Pharmacologie des cortines (rapporteur, M. Sannié. Applications médicales des cortines : *a*) au traitement des insuffisances surrénales (rapporteur, M. de Gennes) ; *b*) en dehors des insuffisances surrénales (rapporteur, M. Brodin). — Après-midi : *Les glycosuries hypophysaires :* Physiologie pathologique et étude clinique des troubles de la glyco-régulation d'origine hypophyso-thalamique (rapporteur, M. Sainton) ; la radiothérapie des glycosuries d'origine hypophyso-thalamique (rapporteurs, MM. Delherm et Thoyer-Rozat).
Samedi 8 novembre. — Matin et soir : *Les hépatites professionnelles :* Etude étiologique et clinique des hépatites professionnelles (rapporteurs, MM. Duvoir, Dessoille et Gaultier) ; étude expérimentale des intoxications par les produits chlorés (rapporteur, M. Noël Fiessinger) ; l'atteinte du foie par l'hydrogène arsénié (rapporteur M. Léon Binet) ; existe-t-il une hépatite benzolique ? (rapporteurs MM. Marcel Perrault et Cottet).
Sauf avis contraire, les séances auront lieu 12, rue de Seine, à 9 heures et à 14 heures.

Lois et décrets. — Un décret, en date du 11 août 1941, *réglemente, en ce qui concerne les Juifs, la profession de médecin.* (*J. O.*, 6 septembre 1941.)
— Une loi, du 7 septembre 1941, *organise le secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé.* Un commissaire général à la famille est créé et placé sous la haute autorité du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.
— Une loi, du 7 septembre 1941, porte organisation de l'inspection générale du secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé.
— Une loi, du 7 septembre 1941, porte création du corps de l'inspection des services de l'assistance.
— Une loi, du 7 septembre 1941, est relative à la dénomination des directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance. (*J. O.*, 9 septembre 1941.)
— Un décret, en date du 7 septembre 1941, *nomme commissaire général à la Famille*, M. Renaudin, maître des requêtes au Conseil d'Etat.
— Un décret, en date du 7 septembre 1941, nomme *secrétaire général de la Santé*, le Dr Léon Aublant, inspecteur général de la Santé. (*J. O.*, 9 septembre 1941.)
— Une loi, en date du 20 août 1941, est relative aux conditions d'imputation et de répartition des dépenses occasionnées par la *vaccination.*
— Un décret, en date du 20 août, porte organisation du service de la vaccination. Le service est placé sous la direction des médecins inspecteurs ou inspecteurs adjoints, dans chaque département. Les médecins chargés des vaccinations sont désignés par le Préfet sur la proposition du directeur régional. Le décret prévoit l'établissement des listes communales, les opérations de vaccination, le contrôle et des dispositions spéciales ou transitoires. (*J. O.*, 10 septembre 1941.)

Un décret, en date du 25 août 1941, crée au Comité consultatif d'hygiène de France une section d'hygiène industrielle et de médecine du travail. (*J. O.*, 11 septembre 1941.)

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine

Communiqué

I. — Devant l'accroissement inquiétant du nombre des certificats médicaux, le Conseil rappelle à tous les médecins la nécessité absolue de se conformer aux prescriptions impératives de la circulaire ministérielle du 21 décembre 1940, relative à l'alimentation des malades, qui insiste notamment sur le caractère exceptionnel que doit présenter l'attribution de la catégorie n° 1, limitée aux tuberculeux présentant des lésions indiscutables et en activité, tuberculeux osseux, état d'anémie grave, convalescents de maladies graves ou d'interventions chirurgicales sérieuses.
Certains malades peuvent bénéficier de l'un des quatre régimes I, II, III, IV, mais ceux-ci ne doivent être envisagés que dans les cas où ils s'imposent indiscutablement. Il a été fait, en particulier, un abus considérable du régime IV, et nous attirons l'attention de nos confrères sur la nécessité de mettre fin à ces facilités.
« C'est le médecin qui doit dicter la nécessité et le choix du régime et non le malade. »
II. — Dans les circonstances actuelles de pénurie de lait concentré, il y a lieu de le réserver, ainsi que le lait sec, aux enfants de moins d'un an qui « ne peuvent sans danger pour leur santé consommer du lait entier ».
III. — Le Conseil invite les médecins à faire appel à un confrère pour délivrer des certificats médicaux pour les membres proches de leur famille (épouse, ascendants, descendants).
IV. — Tous les confrères pourront trouver un tirage à part de ce communiqué, soit au secrétariat de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, à Paris, soit auprès du médecin-chef du service du contrôle des rations alimentaires allouées aux malades, 2, rue Pernelle (Turbigo 85-79) qui se tient à leur disposition pour tous les renseignements nécessaires. Paris, le 8 septembre 1941.

Nécrologie

Le Dr Eugène Potié, décédé à Vieux-Berquin (Nord), dans sa 80e année.
— Le Dr Georges Constensoux, ancien interne des hôpitaux de Paris (1896), décédé à Eréac (Côtes-du-Nord).
— Le Dr Descos, ancien médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.
— Le Médecin colonel Jules Mias, des troupes coloniales.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).
Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.



MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
DIBROMOTYROSINE " ROCHE " Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Brome organique* Comprimés à 0.10 1 à 3 par jour et plus	Symptômes nerveux du Basedow
DIIODOTYROSINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Iode organique* Comprimés à 0.10 1 à 3 par jour et plus	Maladie de Basedow
DIURÈNE Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait TOTAL d'Adonis Vernalis*	Œdèmes et Ascites Extrasystoles - Dyspnées
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'INFANTILISME

L'INFANTILISME RESULTE DE L'ABSENCE DE PUBERTE DU FAIT DE LA CARENCE DES GLANDES SEXUELLES

Par le M. le Professeur Pierre NOBÉCOURT
Membre de l'Académie de Médecine

Il m'est arrivé d'entendre des élèves et même des candidats aux concours de l'internat ou du médicat des hôpitaux me dire qu'ils ne comprenaient pas l'*Infantilisme*, tel qu'il est décrit par divers auteurs. Je n'en suis pas surpris, car ces auteurs, ainsi qu'il arrive trop souvent en médecine, donnent au mot un sens qu'il n'a pas ; le problème perd, par suite, de sa précision et devient nébuleux.

L'ÉVOLUTION DES IDÉES, depuis qu'on parle de l'*Infantilisme*, est instructive à cet égard (1).

Il y a quelque soixante-dix ans que ce mot est entré dans le langage médical. Au dire d'Édouard Brissaud, c'est Charles Lasègue qui, le premier, l'a utilisé dans son enseignement oral. Lorain le lui a emprunté et a inspiré la thèse de son élève Faneau de la Cour, soutenue à Paris en 1871, sur *Le Féminisme et l'Infantilisme chez les tuberculeux*.

En 1894, dans ses leçons, Edouard Brissaud fait remarquer que les infantiles du *type Lorain* n'ont pas, à proprement parler, les caractères morphologiques des enfants ; il s'agit d'adultes qui ressemblent à des jeunes gens par le développement imparfait de leur virilité. Ce sont des sujets soit entachés d'hérédité tuberculeuse, soit atteints pendant l'enfance ou la jeunesse d'une tuberculose lente ; ils ont un aspect malingre et chétif. Le mot *chétivisme*, proposé en 1909, par un élève de Brissaud, A. Bauer (2), leur convient mieux que celui d'infantilisme.

Encore, comme je l'ai écrit ailleurs (3), faut-il bien préciser que chétivisme n'implique rien qui puisse éveiller l'idée d'infantilisme. D'après Bauer, pour les sujets en question, *chétivisme* « exprime (je cite les lignes que j'écrivais en 1923), leur débilité, leur gracilité, leur petitesse. En réalité ce terme prête à confusion. *Chétif* signifie malingre, rabougri, de faible constitution ; il n'implique pas le retard de croissance staturale et pondérale, l'hypotrophie, la petite taille. D'autre part, les hypotrophiques ne sont pas tous chétifs et, au contraire, des jeunes gens de grande taille le sont souvent ».

Pour Brissaud, l'*infantilisme vrai* se range à côté du *myxœdème congénital*, décrit par Bourneville en 1880 et attribué par lui à l'*absence congénitale* du *corps thyroïde*, et du *crétinisme* ou *myxœdème endémique*. C'est l'*infantilisme myxœdémateux*, qu'on a appelé du *type Brissaud*. Il est dû à une *déficience du corps thyroïde* moindre que celle du myxœdème congénital ou installée à un âge plus avancé.

L'*infantilisme du type Lorain* résulterait au contraire, suivant l'idée émise par Lancereaux, d'un développement vasculaire insuffisant : ce serait un *infantilisme anangioplasique* ou *dystrophique*.

Les deux types d'infantilisme, admis et distingués par Brissaud, sont admis par Victor Hutinel, Henry Meige, etc. Mais ils ne le sont pas par tous. A côté des *dualistes* il y a des *unicistes* « Je pense, écrit Hertoghe, en 1899, que tous les infantiles, quels qu'ils soient, même ceux qui ont une taille supérieure à la normale, sont des dysthyroïdiens ; l'arrêt de développement des infantiles type Lorain est dû à l'appauvrissement thyroïdien ».

Vers 1909, au dire de Victor Hutinel et de Léon Tixier (1), « la tendance générale est de rapporter tous les cas d'infantilisme au corps thyroïde ; telle est l'opinion de M. Hertoghe, d'Anvers ; c'est aussi celle de M. Brissaud, dont les idées sont résumées dans la thèse récente (1907) de son élève M. Halmagrand ».

En 1931, E. Apert, partage encore cette opinion : « Contrairement à ce qu'a enseigné Brissaud, ce second type, qu'il appelle type Lorain, est, comme le précédent, d'origine thyroïdienne ; la seule différence est que l'arrêt de croissance est survenu au stade adolescent, au lieu de remonter au stade enfant ».

Pendant toute cette période, la question de l'infantilisme s'égare ; elle se confond avec celle du myxœdème fruste. On ne précise pas ce que en quoi consiste l'infantilisme. C'est à Henry Meige, puis à Achille Souques que revient le mérite de l'avoir nettement défini.

Pour Henry Meige (1902) : « L'infantilisme est une anomalie du développement caractérisée par la persistance, chez un sujet ayant atteint ou dépassé l'âge de la puberté, de caractères morphologiques appartenant à l'enfance. Le retard du développement physique s'accompagne en général d'un retard du développement psychique ».

D'après Achille Souques (2) : « On peut définir l'infantilisme un syndrome somatique, dû à l'infantilisme de la glande génitale interstitielle et constitué essentiellement par l'hypoplasie des organes génitaux et par l'absence des caractères sexuels secondaires, chez un individu ayant dépassé l'âge de la puberté ».

Ainsi l'individu devient un *infantile* quand, à l'âge où il devrait terminer sa puberté, celle-ci ne s'est pas effectuée; comme un enfant, il ne présente pas les caractères sexuels secondaires et l'accroissement des organes génitaux qui auraient fait de lui un jeune homme ou une jeune fille, puis un homme ou une femme. L'absence de puberté est la conséquence de l'inertie des glandes sexuelles, testicules ou ovaires, dont les sécrétions endocrines sont indispensables pour déclencher l'évolution de la puberté. Il est prudent de ne pas faire entrer dans la définition la notion de « l'insuffisance de la glande génitale interstitielle », car le rôle de celle-ci, bien que très vraisemblable, n'est pas admis sans conteste.

J'ai, depuis longtemps, adopté cette conception de l'Infantilisme. Dans ma leçon du 22 mai 1922 sur les *Hypotrophies de la moyenne et de la grande enfances* (3), après avoir rappelé la définition de Meige, je disais : « Comme nos sujets sont encore des enfants, le terme d'infantilisme ne peut pas leur être appliqué. On peut parler d'infantilisme quand il s'agit de jeunes gens ou d'adultes, mais pas quand il s'agit de sujets de 12 à 15 ans (4). D'ailleurs infantilisme ne signifie pas petitesse de taille. Le caractère capital de l'infantile, c'est l'absence du développement des organes génitaux, l'absence des caractères sexuels secondaires ; il reste un enfant sous ce rapport. Mais, s'il y a des infantiles qui sont petits, qui sont même des nains, il y en a d'autres qui sont très grands et même des géants ».

L'infantilisme envisagé ci-dessus résulte de l'absence de développement des glandes sexuelles : le sujet *reste infantile*.

D'autres sujets sont sortis de l'enfance, sont devenus des adultes, dotés des qualités de l'homme ou de la femme. Puis, à un moment donné, ils présentent le syndrome décrit, en 1906, par Charles Gandy sous l'appellation d'*infantilisme réversif*. Caractérisé par l'atrophie des organes génitaux et la disparition des caractères sexuels secondaires, cet infantilisme est la conséquence de l'atrophie des glandes sexuelles.

(1) MEIGE (Henry). L'infantilisme (*Gazette des Hôpitaux*, 75e année, n° 22, 22 février 1902, p. 207).
APERT (E.). Les infantilismes, *in La Pratique Médicale Illustrée* de SERGENT (E.), MIGNOT (R.), TURPIN (R.). G. Doin et Cie, Paris, 1931.
(2) BAUER (A). Infantilisme et chétivisme (*La Presse Médicale*, 4 décembre 1909, n° 97, p. 870).
(3) NOBÉCOURT (P.). *Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse*. Ernest Flammarion, Paris, 1923, p. 106.

(1) HUTINEL (V.). *Les maladies des enfants*. Asselin et Houzaud, Paris, 1909, tome II.
(2) SOUQUES (A.). L'infantilisme et la sécrétion interne du testicule (*La Presse Médicale*, 26 juin 1912, n° 52, p. 540).
(3) NOBÉCOURT (Pierre). (*Journal des Praticiens*, 28 octobre 1922) et *Clinique Médicale des Enfants : Troubles de la nutrition et de la croissance*, Masson et Cie, Paris, 1926, p. 89.
(4) C'est à tort que certains auteurs qualifient d'*infantiles*, avant l'âge de la puberté, des enfants retardés dans leur développement.

L'infantilisme s'installe quand il y a carence des sécrétions endocrines des glandes sexuelles. Chez beaucoup de sujets, ces glandes ne sont pas complètement inertes ; elles entrent en activité et la puberté évolue ; mais celle-ci est incomplète ou imparfaite. Le sujet, parvenu à l'âge où il devrait être un adulte, n'a pas dépassé le stade de la jeunesse. Il présente du *juvénilisme*, suivant le terme proposé par Apert en 1902 ; ses caractères sexuels sont incomplets, ses organes sexuels grêles.

Le mot *juvénilisme* est préférable à celui d'*adolescentisme*, qu'emploient P. Sainton, H. Simonet et L. Brouha (1), pour désigner « la conservation chez l'adulte des caractères de l'adolescence », état qui correspondrait à l'infantilisme type Lorain. Comme je l'ai fait remarquer depuis longtemps (2), *adolescence* (*adolescentia*, de *adolescere*, croître, grandir) est un mot qui devrait servir à dénommer toute la période de croissance, enfance, période pubérale, jeunesse ; c'est à tort qu'on a coutume de le réserver aux sujets qui sont à la période de puberté.

***

La première partie de l'existence est la période de croissance staturale. La croissance commence dès la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde. Elle se poursuit chez l'*embryon* et le *fœtus*, puis chez l'*enfant* et pendant la *période pubérale*, enfin pendant la *jeunesse*. Elle prend fin au début de l'*âge adulte*.

Cette période comprend **trois phases principales.**

La *première* commence avec la fécondation et se termine au début de la puberté ; elle est *prépubérale* (3). De la naissance au début de la puberté, le sujet est un enfant.

La *deuxième* est caractérisée par l'*évolution de la puberté*. C'est pendant cette période que s'installent les principaux *caractères sexuels secondaires*, que les organes génitaux s'accroissent, que l'activité des glandes sexuelles se précise, qu'apparaît la *fonction de génération* ou de *reproduction*. La puberté est une *période intermédiaire* entre l'enfance et la jeunesse ; l'individu perd les caractères de l'enfance du fait des transformations que subit son organisme.

La *troisième* est la *jeunesse*, pendant laquelle l'organisme et en particulier la fonction de reproduction se perfectionnent jusqu'à la *nubilité* (*nubere*, se marier) ; alors le sujet devenu adulte a acquis les qualités d'un reproducteur aussi parfait, écrit Paul Godin, que le permet son conditionnement individuel.

La sexualité imprègne l'individu dès le moment de la conception. L'embryon a un sexe, déjà avant que la glande sexuelle se différencie, vers sept semaines, soit en un ovaire, soit en un testicule. Ce sexe est dit *sexe somatique* ou *génétique*. Son importance apparaît de plus en plus grande. Même s'il existe une *anorchidie* ou une *anovarie* par aplasie congénitale, l'individu est soit un garçon, soit une fille.

A ce sexe somatique ou génétique s'ajoute le *sexe génital*. Celui-ci est conditionné par la constitution des glandes sexuelles, *testicules* ou *ovaires*.

Constituées de bonne heure chez l'embryon, elles se développent graduellement chez le fœtus et pendant l'enfance ; pendant cette période de l'existence, elles ne sont pas inertes, mais leur activité est réduite. Elles subissent une poussée évolutive, d'une part au moment de la naissance, d'autre part à la puberté.

La *poussée post-natale* est inconstante et éphémère ; elle peut réaliser une *puberté en miniature*.

La *poussée de la période pubérale* est la règle ; elle détermine la puberté.

L'activité des glandes sexuelles porte :

1° Sur l'évolution des *cellules de la lignée séminale* ou *gonocytes* (γόνὺς, semence), qui, à partir de la puberté, aboutissent, à tour de rôle, au stade de gamète (γάμος, mariage), soit mâle, le *spermatozoïde*, soit femelle, *l'ovule;*

2° Sur la *sécrétion endocrine* des *hormones* (ορμάω, j'excite) et *harmozones* (αρμόζω, je règle, je dirige), *sexuelles*, mâles ou femelles.

Il est très difficile, avant la puberté, d'établir le rôle respectif du sexe somatique et du sexe génital. Par contre, il n'est pas douteux que la puberté soit intimement liée à l'entrée en activité des glandes sexuelles. Sans glandes sexuelles, il n'y a pas de puberté; avec des glandes sexuelles déficientes, la puberté est imparfaite, incomplète, avorte ; avec des glandes sexuelles hyperactives, la puberté est exagérée.

L'absence de puberté entraîne l'infantilisme.

L'*infantilisme* est dû uniquement à la *carence des glandes sexuelles*. Il n'y a donc qu'*un infantilisme*.

Une telle conception est en opposition avec celle qui est généralement admise actuellement. A l'*unité de l'infantilisme*, on oppose la *pluralité des infantilismes*.

Les faits sur lesquels on se base pour admettre cette pluralité sont exacts, mais les conclusions ne me paraissent pas justifiées.

« Il n'y a pas, écrit E. Apert, *un seul infantilisme* d'une seule origine, l'insuffisance thyroïdienne, mais de *nombreux infantilismes*, qu'il est nécessaire de distinguer selon leurs origines diverses ». Il étudie dans des « chapitres successifs, classés pathogéniquement », l'*Infantilisme dysthyroïdien*, *l'Infantilisme hypophysaire*, *l'Infantilisme surrénal*, *l'Infantilisme cœliaque*, *l'Infantilisme rénal*, la *Progéria* (nanisme sénile de Variot), l'*Infantilisme hépatosplénique*, le *prétendu infantilisme cardiaque*, les *Infantilo-chétivismes*, l'*Infantilisme réversif de Gandy*.

Mais il s'agit là de types cliniques ou étiologiques. Quelle que soit la cause, les sujets qui les présentent sont *infantiles* parce qu'*ils n'ont pas eu de puberté*, à cause de la *carence de leurs glandes sexuelles*.

La carence des glandes sexuelles peut, en effet, relever de *causes diverses*. Elle peut être *primaire* ou *secondaire*.

Primaire, elle peut être réalisée : par l'absence congénitale ou l'aplasie, par l'atrophie ou des lésions destructives réalisées par des orchites infectieuses (orchite ourlienne, orchite tuberculeuse, etc.), par l'atrophie ou une destruction traumatique, par la castration, par des dysplasies ou dystrophies générales.

Secondaire, elle peut être consécutive à des altérations ou à des aplasies d'autres *glandes endocrines*, de la *glande thyroïde*, de l'*antéhypophyse*, de la *cortico-surrénale*, peut-être même du *système nerveux*, qui tiennent sous leur dépendance le développement et le fonctionnement des glandes sexuelles. C'est parce qu'elles causent la carence de ces dernières que le sujet est infantile.

Une dernière remarque à propos de la morphologie des infantiles.

Cette morphologie *ne peut pas se superposer exactement à celle des enfants normaux*. Pendant l'enfance, la taille, les proportions du buste et des membres inférieurs, le périmètre thoracique, le poids, le périmètre crânien, etc., se modifient d'une année à l'autre ; il n'y a pas un enfant, mais il y a des successions d'enfants.

Chez l'infantile, des transformations se poursuivent pendant la période où il devrait effectuer sa puberté et pendant les années suivantes. « Aux deux termes extrêmes, fait remarquer Apert, le sujet peut réaliser soit la morphologie du nouveau-né, *fœtalisme* (Héger, 1901), soit au contraire celle de la période immédiatement voisine de la puberté, *juvénilisme* (Apert 1902). Il y a tous les intermédiaires entre ces deux extrêmes ».

Du point de vue morphologique comme du point de vue anthropométrique, l'infantile présente, à mesure qu'il avance en âge des différences de plus en plus appréciables avec l'enfant normal. Si on tient un trop grand compte

(1) Sainton (P.), Simonnet (H.), Brouha (L.). *Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale*. Masson et Cie, Paris, 1939, p. 737.
(2) Nobécourt (P.). *Syndromes endocriniens* (*Loc. Cit.*, p. 22).
(3) On réserve généralement cette appellation aux trois années qui précèdent le début de la puberté. C'est lui donner un sens trop restrictif.

UNE CURE IODÉE

XX GOUTTES AVANT CHAQUE REPAS

IODONUCLÉOL

SANS DANGER D'IODISME

J. EURY, Docteur en Pharmacie

LABORATOIRE MAUCHANT

GENNEVILLIERS (Seine)

Cr. Office d'Éditions d'Art

IODONUCLÉOL

INDICATIONS

Toutes les indications de l'Iode

artério-sclérose
hypertension
angine de poitrine
asthme
emphysème pulmonaire
affections rhumatismales diverses
bronchites
adénites
obésités

FLUVEINOSE

Régulateur circulatoire

INDICATIONS

troubles
de la circulation veineuse
formation
ménopause
varices

FLUVEINOSE

MAUCHANT

FORMATION
MÉNOPAUSE
VARICES

DOSES

25 gouttes dans un peu d'eau 3 fois par jour avant les repas.

RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE

LABORATOIRE MAUCHANT - GENNEVILLIERS (SEINE)

J. EURY, Docteur en Pharmacie

Cr. Office d'Éditions d'Art

de ces différences, on arrive à la confusion. On en arrive à écrire, comme E. Apert, qu'il est « impossible d'admettre que la définition de l'*infantilisme* doive se confondre avec celle de l'*eunuchisme* et se baser uniquement sur l'état des organes génitaux et des caractères sexuels secondaires... La morphologie de l'enfant n'est pas celle d'un eunuque ; l'*eunuque* exagère la morphologie de l'adolescent ».

D'accord. Mais le garçon castré avant la puberté, ne prend cette morphologie qu'arrivé à l'âge de la jeunesse ou de l'adulte et parce qu'il est privé de ses testicules. Ne pas considérer l'*eunuchisme* comme un type d'*infantilisme*, c'est nier l'infantilisme.

Laissons donc aux mots leur acception véritable. L'*infantilisme est un syndrome qui s'installe, chez les sujets qui n'ont pas de puberté, du fait de la carence de leurs glandes sexuelles, quand ils ont dépassé l'âge où la puberté s'achève chez un sujet normal.* C'est par suite de l'*absence du sexe génital* et par cela seul que ces sujets restent semblables à des enfants. Les autres manifestations sont des caractères contingents qui peuvent relever de facteurs divers intriqués.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 11 août 1941

Sur la teneur en bore des graines. — M. Gabriel Bertrand.

Extraction de l'enduit cireux du grain de blé. — Mlle Lisette Piettre. — Le grain de blé est recouvert superficiellement, au même titre que les autres parties de la plante, d'un enduit cireux dont la suppression modifie la perméabilité du grain : l'extraction des lipides contenus à l'intérieur du grain confère à la farine qui en provient une forte augmentation de l'indice de la valeur boulangère.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 16 septembre 1941

Rapport. — M. Goris, au nom de la Commision de remplacement expose que les *coques de cacao* constituaient une matière première pour l'extraction de la théobromine et la fabrication de la caféine. Actuellement, elles sont utilisées pour la préparation de « petits déjeuners » de faible valeur nutritive. Elles renferment, d'autre part, des bases xanthiques (1 gr. p. 100) qui ne sont pas sans inconvénients pour les consommateurs. La Commission demande donc l'interdiction de la vente de ces coques qui doivent être réservées à l'industrie pharmaceutique.

L'Académie adopte ces conclusions.

Le contrôle médical dans les accidents du travail. — M. Balthazard apporte une communication très importante, qui fera certainement l'objet d'une discussion ultérieure. En voici les principaux passages :

Le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine a adressé, le 8 août 1941, une circulaire aux présidents des compagnies d'assurances contre les accidents du travail, dans laquelle on relève :

« Le Conseil de l'Ordre a décidé :

1° Que les Médecins contrôleurs Accidents du travail doivent être agréés par le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins ;

2° Que les fonctions des Médecins Accidents du travail sont incompatibles avec celles d'experts en justice pour accidents du travail. »

M. Balthazard fait remarquer que l'incompatibilité entre les fonctions de médecin traitant et celles d'expert est déjà visée par la loi du 9 avril 1898 (article 17).

Quant au contrôle, il est organisé très nettement par l'article 4 de la loi.

Le choix du médecin ou des médecins de contrôle appartient au chef d'entreprise ou à l'assureur ; exiger l'agrément du Conseil de l'Ordre constitue donc une entrave inadmissible aux droits que la loi confère au chef d'entreprise ou à son assureur.

Les commentateurs de la loi, en particulier Henri Gazier, conseiller à la Cour de Cassation, précisent que le magistrat n'a pas à apprécier le choix du médecin contrôleur, qu'il ne peut refuser son visa que dans un seul cas : lorsque le choix porte sur une personne qui n'est pas autorisée à exercer la médecine en France. Les conseils des ordres départementaux n'ont pas à intervenir ; leur agrément à la désignation du médecin contrôleur n'est pas admise par la loi. En cherchant à l'imposer aussi bien aux chefs d'entreprise et aux assureurs qu'aux médecins, ils commettent un véritable abus de pouvoir.

« Si l'Ordre persiste à méconnaître les lois existantes nous serions amenés, dit enfin M. Balthazard, à regretter l'action moralisatrice de l'Académie de Médecine et la sollicitude pour nos intérêts de la Confédération des syndicats médicaux. »

A la suite de la communication de M. Balthazard, M. Laubry demande que les questions de l'importance de celle soulevée par l'orateur soient renvoyées à une commission.

L'Académie désigne pour en faire partie : MM. Laubry, Bezançon, Roussy, Milian, Tanon, Baudouin et Hartmann.

L'oxycarbonémie de la grossesse et du puerpérium. — MM. H. Vignes, G. Glomaud et L. Truffert, à l'instigation de M. Lœper, ont étudié l'oxycarbonémie pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Chez les femmes enceintes normales, l'oxycarbonémie est constante et les chiffres obtenus ont varié de 0,12 à 0,60 cm^3 %, avec une moyenne arithmétique de 0,25 pour l'ensemble, de 0,23 pour la grossesse, de 0,30 pour l'accouchement et de 0,26 pour les suites de couches. Des chiffres élevés ont été trouvés lors de la cessation de la lactation. Pour les éclamptiques, les chiffres ont varié de 0,24 à 0,68. Il y a lieu de faire un rapprochement entre cette oxycarbonémie endogène, d'une part, et, d'autre part, les perturbations du métabolisme glucidique (pendant la grossesse et, plus encore, pendant l'éclampsie) et, aussi, l'élévation de l'oxalémie.

Charbon pulmonaire et causes favorisantes. — MM. Velu, Soulié et Bellocq.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 juillet 1941

Grossesse extra-utérine. — M. Bovier présente deux cas assez rares de cet accident. Dans le premier, il s'agissait d'une rupture de grossesse ectopique développée probablement dans une corne et ayant progressivement érodé tout le fond de l'utérus pour venir crever finalement dans le ventre à trois mois et demi. Elle fut traitée d'urgence par hystérectomie subtotale qui mit fin à l'hémorragie et la malade guérit. Dans l'autre cas, le diagnostic de grossesse extra-utérine fut posé et l'intervention montra une tumeur molle, grosse comme une noix, de la corne droite empiétant sur le fond très aminci et prêt à se rompre. L'incision de ce noyau permit d'en extirper un œuf avec ses villosités. L'utérus fut refermé et drainé après dilatation.

Occlusion intestinale par sténose du grêle, suite de hernie étranglée. Intervention. Guérison. — M. Laurent présente au nom de M. Rodier l'observation d'une malade de 78 ans qui, trente-cinq jours après une intervention pour hernie étranglée, présenta des signes d'occlusion. Il s'agissait d'un rétrécissement annulaire intrinsèque, la perforation pouvant être attribuée à un défaut de vascularisation de l'intestin d'apparence pourtant saine chez une femme âgée.

Perforation typhique du grêle chez un enfant de 9 ans. Suture. Guérison. — M. J. Lanos rapporte une observation de M. P. Rodier.

Iléus biliaire. Lavages gastriques répétés et expulsion du calcul. Considérations cliniques et thérapeutiques. — M. Beaussenat.

Arthroplastie pour hallux valgus. — M. P. Masmonteil.

Considérations sur la fracture du col fémoral en coxa-valga. — M. Rœderer.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

(*Sections de médecine et de biologie*)

Séance du 21 mars 1941

Le signe de Rossolimo dans la sclérose en plaques. — MM. L. Rimbaud et H. Serre s'appuient sur 23 observations inédites de sclérose en plaques. Les faits constatés, que groupe un tableau synoptique, montrent l'extrême fréquence du signe de Rossolimo, qu'il s'agisse de sclérose en plaques, à forme classique (5 cas), commune (6 cas), fruste (4 cas), latente (4 cas), atypique (2 cas) ou aiguë (2 cas) ; on le trouve au total dans 95 p. 100 des cas.

Les observations soulignent, par ailleurs, la précocité de ce signe. Il est souvent très net alors que le Babinski est absent, douteux ou léger : cette dissociation des réflexes du pied est tout à fait en faveur du diagnostic de sclérose en plaques. Le signe de Mendel, lui aussi, est d'ordinaire plus tardif. L'aboli-

tion des réflexes cutanés abdominaux, qui est pourtant un des meilleurs signes classiques de sclérose en plaques, est de même moins fréquente et moins précoce.

Au total, le signe de Rossolimo, d'une sûreté de recherche parfaite, témoignant d'une atteinte pyramidale, plus spécialement médullaire, doit acquérir une valeur diagnostique de premier plan dans la sclérose en plaques par sa précocité et sa constance presque absolue.

Kystes aériens du poumon révélés par leur infection au cours d'une staphylococcémie. — MM. L. Rimbaud, P. Bétoulières, H. Serre et Mlle L. Bougarel. — Evolution subaiguë d'une staphylococcémie dont le point de départ est dans une excoriation du pied, se manifestant par des signes généraux graves et de multiples déterminations : tégumentaires, ostéo-articulaires, cardiaques et respiratoires. Une première phase s'accompagne de fièvre élevée qui s'atténue par l'anatoxine et cède aux injections intraveineuses de mercurochrome. Dans la deuxième phase on voit évoluer sans fièvre de nombreuses localisations.

C'est alors que se manifestent les signes d'infection pulmonaire. La radiographie montre un pneumothorax enkysté de la grande cavité, qui se résorbe rapidement, et des images typiques de kystes aériens, multiples et bilatéraux, de volume moyen, sans réaction marquée du parenchyme. Des clichés successifs montrent que les kystes, d'abord opaques, se vident progressivement de leur contenu.

Le malade guérit en quatre mois par un traitement médical.

Néoformation cérébrale avec atteinte unilatérale gauche des sept derniers nerfs crâniens. Tumeur du sein gauche. Métastase de l'os iliaque droit. — M. L. Rimbaud et Mlle Bougarel.

Rupture d'un anévrysme apexien du cœur, consécutif à un infarctus myocardique. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, Mlle L. Bougarel et M. R. Sarran.

Forme paraplégique de la maladie osseuse de Paget. — MM. G. Giraud, J.-M. Bert et Mlle Bougarel. — La maladie de Paget peut s'exprimer par une compression médullaire progressive avec paraplégie incomplète. Dans leur cas, les auteurs ont vu un blocage incomplet du canal rachidien, l'affection s'est caractérisée par la très grande lenteur de son évolution. L'examen radiologique montrait une tumeur osseuse en forme de fuseau. L'exploration radiologique systématique de l'ensemble du squelette a permis de rapporter à leur cause générale les accidents observés.

Amyotrophies et paresthésies régionales au cours de la maladie de Paget. — MM. G. Giraud et J.-M. Bert et Mlle Bougarel. — Un dépouillement d'observations a montré aux auteurs la fréquence des troubles sensitifs et trophiques segmentaires dans la maladie de Paget. Ils rapportent dans un cas une amyotrophie unilatérale des membres supérieurs et inférieurs accompagnée de troubles sensitifs. Ces troubles, attribués généralement à une sclérose médullaire, font intervenir la participation du sympathique que les troubles vaso-moteurs associés dénoncent.

Quelques faits cliniques à propos de la maladie osseuse de Paget. — MM. G. Giraud et J.-M. Bert.

Evolution simultanée, au cours d'une tuberculose pulmonaire, d'une méningite séreuse diffuse et d'un épanchement pleural consécutif à un pneumothorax artificiel. — MM. J. Vidal, Fourcade et Mme Lescure.

Un cas de tuberculose caséeuse aiguë généralisée. — MM. J. Vidal et A. Vedel.

Staphylococcie maligne de la face guérie par la sulfamidothérapie. — M. J. Vidal.

Trois cas de gommes du masseter. — MM. J. Margarot, P. Rimbaud, J. Ravoire et A. Delmas.

Maladie de Sutton. — MM. J. Margarot et J. Ravoire. — On a décrit sous le nom de maladie de Sutton des faits d'apparence assez dissemblables. Les uns présentent à l'état de pureté le complexe nœvus halo-achromique ; les autres comportent une association de taches de vitiligo authentiques développées en dehors des nævi.

Chez une malade atteinte de tuberculose pulmonaire un nævus pigmento-pileux de la face occupe le centre d'une plaque vitiligineuse dont le développement a entraîné en quelques mois l'involution de la tumeur primitive et sa dépigmentation.

Altérations endocriniennes dans un cas de mongolisme. — MM. Boudet, J. Balmès, P. Cazal et Allos. — Syndrome classique de mongolisme chez une enfant de 7 mois dont l'autopsie a montré l'existence d'un aspect fœtal des surrénales et de la thyroïde et une involution précoce du thymus.

Cardiopathie congénitale avec asystolie irréductible terminale. — MM. Boudet, J. Balmès, Jeanjean, P. Cazal et Favaron.

Comportement des ilots de Langerhans du chien, soumis durant un jeûne de plusieurs semaines à des injections intrapéritonéales de doses croissantes d'extrait total diabétogène de lobe antérieur d'hypophyse. — M. A. Loubatières.

Séance du 4 avril 1941

Sur un cas de filariose accidentelle de l'homme en Provence. — MM. Harant et Morel.

Les myiases intestinales à Eristales. — MM. Harant et Richard.

Action du brome sur la thyroïde du cobaye. — Mlle Duboc.

Méningite pneumococcique primitive à forme convulsive guérie après traitement sulfamidé. — Méningite primitive à pneumocoques, d'installation brutale, avec convulsions subintrantes et forte hyperthermie chez un garçon de 8 ans. La guérison définitive a été obtenue après 34 jours d'un traitement sulfamidé continu, instauré à la 16e heure : 1162 F *per os* (3 à 4 gr. par jour), 1162 F à 0,85 p. 100 et 40 RP à 6 p. 100 intrarachidien (au total 106 gr. 80). La situation jugée désespérée le deuxième jour, s'améliora d'abord très vite, mais passagèrement, et resta incertaine pendant quatre semaines, avec des phases successives de rémission et d'aggravation.

Les auteurs insistent sur l'utilité des injections intrarachidiennes, dont l'interruption, à deux reprises, fut suivie d'aggravation et sur la tolérance de la méninge pour le 40 RP en solution à 6 p. 100 dont l'efficacité spéciale a paru liée à l'apport massif de sulfamide (1 gr. 20) réalisé par chaque injection (20 cm^3).

Deux cas, dont un mortel, d'hépato-néphrite par inhalation de tétrachlorure de carbone. — MM. Janbon, G. Anselme-Martin et J.-M. Bert.

Hyperlaxité ligamentaire avec sclérotiques bleues. — MM. M. Janbon, J.-M. Bert et G. Anselme-Martin.

Accidents complexes d'intolérance médicamenteuse d'évolution mortelle, déclenchés par de petites doses de sulfamidopyridine chez une épileptique traitée par le gardénal. — MM. M. Janbon, J. Chaptal et R. Bosc.

Brucellose à forme cachectisante ; escarres multiples ; épisode encéphalitique avec virulence du liquide céphalo-rachidien ; insuffisance cardiaque terminale. — MM. M. Janbon, R. Broca, J. Chaptal et R. Bosc.

Equivalents cutanés d'accès paludéens. — MM. Margarot, P. Rimbaud, J. Ravoire et A. Delmas. — L'interruption brusque des accès, sous l'influence d'une cause indéterminée, a été suivie, chez deux paludéens, de l'apparition d'une éruption faite d'élément érythémato-papuleux ortiés et de papules lichénoïdes. Chez l'un d'eux, l'éruption a récidivé plusieurs mois après paroxysmes fébriles. Ces manifestations doivent être rapprochées des faits anciens observés par Verneuil et Merklen : ce sont de véritables équivalents cliniques d'accès palustres.

Pemphigus congénital à kystes épidermiques. — MM. Margarot, P. Rimbaud, J. Ravoire et A. Delmas.

Amyotrophies de type Aran-Duchenne et paralysie labio-glosso-laryngée, stade terminal d'un tabès. — MM. P. Boulet, M. Godlewski, J. Rodier et G. Blaquière. — Apparition chez un tabétique traité, et depuis longtemps stabilisé, d'une amyotrophie de type Aran-Duchenne, progressive, à marche rapide et ascendante, bientôt compliquée de paralysie labio-glosso-laryngée. L'examen anatomique a montré, outre les lésions du tabès ancien, une atteinte récente des cornes antérieures de la moelle (renflement cervical) et des noyaux bulbaires (IXe et XIIe paires, tout particulièrement).

Vésicule biliaire fibreuse visible à l'examen radiologique direct. — Constatation radiologique d'une tumeur opaque, profonde, de la face inférieure du foie, à contours nettement dessinés. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une hypertrophie scléreuse pure de la paroi de la vésicule biliaire sans aucune inclusion calcaire.

La transfusion médullaire. Son action antihémorragique au cours d'une aleucie hémorragique. — Les auteurs ont utilisé la transfusion médullaire chez une malade atteinte d'aleucie hémorragique avec anémie extrême. La première transfusion médullaire a entraîné une diminution de l'abondance de l'hémorragie dès la deuxième heure et une augmentation notable du nombre des plaquettes sanguines le lendemain. La deuxième transfusion médullaire a déterminé une diminution des hémorragies plus prolongée et une augmentation plus marquée du nombre des plaquettes sanguines.

L'hémorragie a de nouveau diminué d'abondance deux heures après la troisième transfusion médullaire et a cessé complètement cinq jours après, l'augmentation du nombre des plaquettes a été plus intense et plus prolongée, le nombre des globules rouges a doublé en quinze jours. L'action a été aussi nette à l'égard des hémorragies qu'à l'égard de la hausse des globulins.

Claquement mésosystolique pleuro-péricardique et tuberculose. — MM. J. Vidal, Fourcade et Mme Lescure. — Les auteurs ont observé plusieurs fois le signe du claquement mésosystolique pleuro-péricardique chez des tuberculeux fibreux.

Ce claquement décrit par Gallavardin et par Lian serait provoqué par des brides pleuro-péricardiques.

Il est probable que la tuberculose intervient fréquemment dans sa genèse.

Séance du 2 mai 1941

Mort inopinée au décours d'une méningite cérébro-spinale traitée par la sulfamidopyridine à hautes doses. Blocage tissulaire de la sulfamidopyridine. — MM. M. Janbon, P. Lazerges et R. Bosc. — Mort inopinée, au troisième jour d'un traitement sulfamidé d'une enfant de 7 ans, atteinte de méningite à méningocoque A, et traitée par le dagénan à hautes doses (0 gr. 20 par kilo de poids et par jour, 14 gr. en 3 jours). La méningite était en bonne voie de guérison. Les auteurs incriminent la sulfamidothérapie, discutant la part respective de l'insuffisance d'élimination urinaire (oligurie par déshydratation due aux vomissements, lésions de néphrite) et du blocage tissulaire de la sulfamidopyridine. Ils font jouer le rôle principal à ce deuxième facteur, car ils ont trouvé des taux de sulfamide tissulaire (foie, rein, cerveau) 9 à 10 fois plus élevés (800 à 950 milligr. p. 1000) que les taux humoraux (100 milligr. p. 1000 de sang, 95 p. 1000 de liquide céphalo-rachidien).

Importance du vecteur dans l'absorption cutanée. — M. Tuchmann-Duplessis.

Perméabilité cutanée et absorption médicamenteuse. Pénétration du bleu trypan et du collargol. — M. Tuchmann-Duplessis.

Hémorragie méningée avec troubles trophiques de l'œil droit. — MM. Paul Boulet, M. Godlewski et J. Rodier.

Anévrysme de l'aorte abdominale (avec présentation de pièce). — M. M. Godlewski et Mlle S. Grégoire.

Anévrysme de la crosse de l'aorte et circulation collatérale abdominale. — MM. P. Boulet, M. Godlewski et Jean Rodier.

Erythème noueux au cours d'une tuberculose pulmonaire évolutive chez un adulte en état d'anergie. — MM. J. Vidal, J. Fourcade et Mme Lescure. — Apparition d'un érythème noueux au cours d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse bilatérale à marche rapide. Les auteurs soulignent la rareté de cette affection au cours d'une tuberculose de réinfection. Ils signalent, en outre, le résultat paradoxalement négatif des tuberculino-réactions, dans un cas où, cependant, l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux est incontestable.

Purpura tuberculeux et carence en vitamine C. — MM. J. Vidal, J. Fourcade, P. Lazerges et Mme Lescure. — Purpura hémorragique au cours d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse rapidement évolutive chez une jeune fille de 17 ans. Mise en évidence, par les dosages humoraux et par la méthode de charge, d'une carence en vitamine C, carence dont le rôle paraît ici manifeste.

Maladie de Still avec infiltration sclérémateuse généralisée du tissu cellulaire sous-cutané. — MM. G. Boudet, J. Boucomont, J. Balmès et P. Cazal. — Evolution, en deux ans, d'une maladie de Still, associée à un sclérème généralisé et à la présence de sable calcaire dans les bassinets. Histologiquement, il y avait une cellulo-réticulose nette, englobant beaucoup d'éosinophiles et de mastzellen.

Agranulocytose pure après sulfamidothérapie (Dagénan). Guérison rapide par transfusion médullaire. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, Mlle Labraque-Bordenave et M. R. Bosc. — Développement d'une agranulocytose pure (2.000 G. R. avec absence totale de polynucléaires neutrophiles et éosinophiles et 1 basophile p. 100 ; moelle sternale quasi-désertique) à la suite d'une méningococcie grave traitée par la sulfamidopyridine à doses élevées (54 gr. 50 en deux séries discontinues). La transfusion médullaire (injection dans la moelle sternale de 2 cm^3 de pulpe sternale prélevée chez un donneur universel) a très rapidement rétabli la situation. L'action thérapeutique, remarquable par sa netteté et sa rapidité, paraît avoir été aidée par le déblocage (par la rose bengale) de la sulfamidopyridine retenue dans les tissus, et, en particulier, dans la moelle sternale.

Inondation ventriculaire au cours d'un syndrome thrombopénique. — MM. G. Boudet, J. Boucomont, J. Palmès et P. Cazal.

Réticulo-sarcome de la rate avec passage de cellules atypiques d'origine néoplasique dans le sang et métastase pleurale. — MM. Giraud, J.-M. Bert, T. Desmonts et B. Pariselle.

NOTES POUR L'INTERNAT

LE MÉGACOLON (1)

III. — Chez l'adulte :

Les premiers symptômes peuvent remonter à l'enfance. Le plus souvent l'affection apparaît chez un homme jusque-là bien portant.

Comme chez l'enfant, *la constipation* reste le maître symptôme. il s'y ajoute *l'aérocolie* et surtout des *crises douloureuses* abdominales qui vont souvent égarer le diagnostic si on ne pense pas à faire un lavement baryté.

1° *La constipation :* elle date souvent de l'enfance. D'abord bien tolérée, elle s'est accentuée progressivement. Le malade reste 8, 10, 15 jours sans aller à la selle. Cette constipation résiste aux laxatifs et aux purgations. Seuls les lavements « haut portés » en viennent à bout.

2° *Aérocolie.* Le ballonnement aux périodes de constipation n'atteint jamais les proportions qu'il présente chez l'enfant ; le ventre est distendu, souple, tympanique. Les coliques gazeuses sont fréquentes.

3° *Les crises abdominales douloureuses* sont plus fréquentes que chez l'enfant. Ce sont le plus souvent elles qui amènent le malade à consulter.

Il s'agit parfois de *grandes crises subocclusives* à répétition avec douleurs paroxystiques. Mais l'état général n'est pas très altéré, le pouls n'est pas accéléré, pas d'agitation, pas de température. Mais surtout l'arrêt des matières et des gaz est incomplet : le malade émet toujours des gaz.

Ce sont souvent des *troubles dyspeptiques* vagues : nausées, fétidité de l'haleine, douleur dans la région épigastrique. Le malade attire l'attention sur l'estomac mais le côlon signale son atteinte par la constipation ou par les poussées de colite. Parfois le malade accuse un véritable syndrome ulcéreux, mais la radiographie ne montre rien à l'estomac.

Enfin souvent le malade accuse *des douleurs dans la fosse iliaque droite.* On pense à l'appendicite chronique, mais l'intervention ne les soulage pas. Dans 10 % des cas environ de mégacôlon, les malades ont subi une appendicectomie.

On le voit chez l'adulte, la symptomatologie est très polymorphe, les phénomènes douloureux viennent compliquer la scène clinique. Ici, encore, plus que chez l'enfant, c'est par élimination que l'on pensera finalement au mégacôlon et que l'on fera pratiquer un *lavement baryté* dont l'importance est ici capitale.

L'examen clinique est négatif. Certains auteurs ont signalé la perception d'une tumeur animée de mouvements péristaltiques. On comprend que cette constatation soit vraiment exceptionnelle quand on voit à la radioscopie ces mégacôlons très atones dont on ne saisit à peu près jamais de contractions profondes. La clinique permettra souvent d'éliminer *deux causes d'erreurs* fréquentes : le *néoplasme du côlon gauche* et du *sigmoïde* et des crises subocclusives par *brides.* Les autres rétrécissements seront éliminés par la radio.

Chez le vieillard c'est le même tableau clinique et la pratique du lavement baryté chez les malades accusant des symptômes digestifs, a montré à Rascol la fréquence du dolichomégacôlon chez le vieillard.

De nombreuses complications peuvent venir entrecouper cette *évolution.* Ce peuvent être d'abord des *complications générales* sous la dépendance de l'intoxication stercorale : asthénie, anorexie, amaigrissement et lésions hépatiques. On voit rarement survenir un syndrome hémorragique et anémique.

Mais ce sont le plus souvent des *complications inflammatoires.* C'est d'abord la *colite simple :* quelques membranes muqueuses enveloppant les selles. Puis, rapidement, survient *la colite ulcéro-hémorragique* qui peut se manifester sous forme de simple diarrhée apparaissant sur un fond de constipation ; mais très souvent ces crises diarrhéiques s'accompagnent d'émissions sanguines, le tout se manifestant cliniquement par des phénomènes douloureux abdominaux marqués : « La douleur traduit la colite ».

Exceptionnellement cette colite est assez marquée pour aboutir à la perforation entraînant une *péritonite* le plus souvent localisée. Le plus souvent cette infection détermine de la *péricolite plastique* entraînant des adhérences qui vont gêner la thérapeutique. Enfin cette affection va gagner les méso entraînant de la *mésosigmoïdite* rétractile qui serait à l'origine du volvulus.

Le volvulus est, en effet, la grave complication du mégacôlon de l'adulte et du vieillard. Le début est presque toujours brutal. L'interrogatoire apprend que le malade, constipé habituel, pré-

(1) Fin, voir *Gaz. Hôp.*, 1941, nos 73-74.

sentait depuis quelque temps des crises douloureuses intermittentes qui, classiquement, traduiraient des ébauches de torsion. En réalité, ces crises douloureuses antérieures correspondent à des poussées de colite qui, peu à peu, vont déterminer la mésentérite rétractile qui rapprochera les deux pieds de l'anse trop longue et trop grosse qui, sous l'influence du poids des matières dans une de ses branches, va basculer sur elle-même.

Donc, en pratique, début brutal par une douleur immédiatement très vive qui, peu à peu, va s'atténuer. Les vomissements sont peu importants, ils peuvent être totalement absents. Mais surtout *l'arrêt des matières et des gaz est absolu* depuis le début de la crise douloureuse. C'est un ventre chirurgical et il ne faudra pas se laisser tromper par l'état général qui reste parfois très bon. Un examen rapide permet au début de reconnaître une *asymétrie du météorisme* due à l'anse énorme qui est tympanique et sans mouvement péristaltique. Plus tard, cette asymétrie disparaît peu à peu par suite de la dilatation sus-stricturale. Ce gros ventre est maintenant symétrique. Il faut intervenir aussi rapidement que possible : on est obligé le plus souvent de faire une colectomie segmentaire (avec ou) non rétablissement de la continuité colique.

Une autre complication plus rare mais aussi plus grave parce que silencieuse, c'est *l'occlusion*. Un malade qui présentait des crises périodiques de subocclusion de 5, 6, 7 jours présente, sans phénomène douloureux au cours d'une de ces crises, un arrêt complet des gaz. L'état général reste bien conservé puis, peu à peu, apparaît un léger météorisme avec quelques signes généraux : céphalée, adynamie, la langue est sale. C'est une occlusion par obstruction. Dans ces cas l'infiltration d'un ou des deux splanchniques à hauteur de L_1 amène souvent la débâcle. Si elle ne donne rien le pronostic est très grave. Il faut essayer immédiatement une dérivation par une fistule cœcale qui, sur intestin atone, fonctionnera souvent très mal.

Autrefois, c'étaient ces complications qui faisaient tout l'intérêt du mégadolichocôlon. Actuellement, il importe que les symptômes sur lesquels nous avons insisté au début nous fassent penser plus tôt au mégadolichocôlon qu'un examen baryté mettra facilement en évidence. Cette affection étant reconnue plus précocement « la section du splanchnique permettra de faire la prophylaxie des accidents occlusifs et des torsions » (Leriche).

L'*examen radiologique* permettra d'affirmer un diagnostic que, cliniquement, on ne peut souvent que soupçonner.

Le simple *examen radiologique sans préparation* mettra déjà souvent en évidence une volumineuse anse colique avec des parois épaissies.

L'ingestion de bouillie barytée permet de se rendre compte de la lenteur du transit colique ; elle met bien en évidence ces énormes malformations coliques mais sa lenteur (certains mégacôlons ont un transit de 120 heures) lui font presque toujours préférer le lavement baryté.

Ce lavement doit être poussé très doucement et sous contrôle radioscopique, ce qui permet de se rendre compte de la disposition exacte de ces anses dilatées et allongées qui, sur la radiographie, se superposent. Il faut parfois des quantités énormes de bouillie pour remplir tout ce côlon dilaté aux parois épaissies mais atone. On prendra un cliché de ce côlon rempli.

Puis, suivant le conseil de Leriche, il faudra toujours immédiatement rechercher le test radiologique de l'influence du splanchnique. Sur la table radiologique on fera une infiltration scurocaïnique d'un ou des deux splanchniques à hauteur de L_1 et quelques instants plus tard on suivra par la radioscopie les contractions coliques qui vont apparaître et l'on notera les changements de volume et de longueur de l'anse. On fixera par quelques clichés ces transformations. Ce test dont la valeur n'est pas absolue permet de se rendre compte si l'intervention sympathique peut être efficace.

Au lieu de l'infiltration splanchnique Merle Scott et Morton ont préconisé la rachianesthésie. La méthode de Leriche est trop bénigne pour que l'on ait à essayer ce procédé.

Traitement

Jusqu'à ces dernières années le traitement chirurgical, à juste titre, était considéré comme dangereux. On se bornait au traitement médical : purgatifs doux, lavages intestinaux, dont le but était d'éviter une rétention trop prolongée des matières avec sa menace permanente d'occlusion. Ce n'est que la main forcée que l'on avait recours à l'intervention. De fait, les opérations pratiquées : colectomie ou dérivation étaient grevées d'une forte mortalité. Ledontal dans sa thèse donne 10 à 30 % de décès sur les cas opérés.

Actuellement, grâce aux travaux physiopathologiques de Leriche, le traitement du mégacôlon doit être ainsi compris : le malade sera préparé à l'intervention par une série d'infiltrations splanchniques à hauteur de L_1. C'est en somme un traitement d'épreuve mais qui a le gros avantage d'amener le malade à l'intervention dans un état général meilleur, le côlon est débarrassé des résidus qu'il contenait, et, à l'intervention, le météorisme en grande partie disparu ne gêne plus pour recliner le péritoine.

Quelle intervention faut-il pratiquer ?

Leriche a indiqué nettement la conduite à tenir : « *Ce qu'il faut faire c'est, en principe, l'opération bilatérale. On a à mon avis le choix entre l'ablation bilatérale de la chaîne lombaire et la section des splanchniques gauches, suivie de sympathectomie ganglionnaire droite dans un temps ultérieur.* »

En somme, du point de vue clinique, il faut bien noter cette notion de la pratique systématique du lavement baryté chez les malades constipés et qui présentent de l'aérocolie ou d'autres troubles abdominaux.

Du point de vue thérapeutique, nous retiendrons le progrès immense réalisé par le traitement neurochirurgical du mégacôlon qui, par surcroît, nous apporte bien des éclaircissements sur la physiologie du côlon.

M.-H. Servelle.

LIVRES NOUVEAUX

Les Confessions sans pénitence, *suivies de trois autres entretiens*, par Georges Duhamel, de l'Académie Française. (*L'Abeille* collection d'essais.) Un vol. in-16°, prix 19 fr. 50. Plon, éditeur, Paris, 1941.

M. Duhamel, dans l'introduction du nouveau volume qu'il a bien voulu m'envoyer, avoue l'embarras dans lequel il se trouve pour désigner son ouvrage. Le mot « essai », nous dit-il, pour modeste qu'il paraisse, a « une histoire si glorieuse qu'il devient présomptueux de l'employer aujourd'hui au sens originel ». M. Duhamel préférerait « règlement de comptes » si un tel mot pouvait traduire l'état d'âme de chacun de nous lorsqu'il éprouve le besoin « de faire retraite avec un écrivain ». Mais un « règlement de comptes » pour être valable devrait être définitif. Peut-on juger sans appel ? Trop d'opinions, trop de doctrines sont sujettes à révision pour que nous ne préférions pas le mot « entretien ».

Cette désignation ne semble d'ailleurs pas si mauvaise à l'auteur puisqu'il l'emploie lui-même dans le titre de son volume. Au surplus, rien ne saurait plus sûrement attirer le lecteur et mieux le retenir qu'un « entretien » avec M. Duhamel.

En abordant son « entretien » sur *Les Confessions*, de J.-J. Rousseau, M. Duhamel déclare qu'il est un homme et non un pur esprit. Il ne peut donc se défendre de juger avec passion et avec fièvre un ouvrage admirable, certes, par la forme de la pensée et la pureté de son expression, mais qui nous choque trop souvent par la bassesse ou la fausseté des sentiments de son auteur.

La « passion » dont convient M. Duhamel ne l'empêche pas d'être toujours juste et d'une absolue sincérité.

On retrouvera ce même souci d'équité dans les quatre parties du volume. Qu'il s'agisse de Rousseau, de Montesquieu « le magistrat frivole », de Descartes « le maître à penser » ou de Pascal « l'homme qui cherche en gémissant », M. Duhamel en faisant son « règlement de comptes » ne se livre pas à une simple critique littéraire. Accoutumé à vivre avec ses auteurs favoris, il s'en est fait une image toute personnelle : aussi les portraits de *son* Pascal, de *son* Descartes ont-ils un relief que n'ont pas toujours su leur donner leurs plus illustres commentateurs. Et c'est là un attrait de plus ajouté au plaisir délicat que donne la lecture des pages de M. Duhamel.

F. L. S.

Alimentation du nourrisson, par Jeanne Sangry, 1 vol. 5 francs. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Sous un volume réduit, cet ouvrage renferme tout ce qu'il faut savoir pour alimenter convenablement le jeune enfant pendant les deux premières années de son existence. Il constitue une véritable synthèse pratique de la question alimentaire du premier âge.

Dans ces pages basées sur une documentation très sûre, l'application pratique procède de principes scientifiques indiscutables et se trouve en conformité avec l'enseignement des maîtres de la puériculture française. La présentation est inédite, d'une simplicité et d'une clarté remarquables. La lecture est attrayante, permettant de trouver immédiatement le renseignement désiré. Le prix est intentionnellement minime pour faciliter la diffusion de l'ouvrage dans tous les milieux.

Ce petit guide permettra aux mères de famille les moins initiées d'appliquer d'une manière parfaite les notions d'hygiène alimentaire utiles à leur enfant.

Le médecin puériculteur, de son côté, aura volontiers recours à ce manuel qui lui facilitera à tout moment la direction pratique de l'alimentation des jeunes enfants qu'il est appelé à soigner.

Enfin, ce précis deviendra le compagnon indispensable de la sage-femme et de l'infirmière-visiteuse dans les milieux si divers où elles sont appelées à exercer.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris




BÉBÉ POUDRE
DELABARRE



28

N°s 77-78. — 24-27 SEPTEMBRE 1941 114e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — JURY DU CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE.

Concours d'admissibilité : MM. les Drs Launay (Clément), Lenègre, Hautant, Sureau, Redon, Gueullette, Gandy, Decourt, Renaud (Maurice), Banzet, Guimbellot, Brocq.

MUTATIONS DES INTERNES. — Les internes en médecine n'ayant pas de place retenue pour le deuxième semestre 1941-1942 (1er novembre 1941 au 1er mai 1942), sont informés que des séances de répartition auront lieu le lundi 20 octobre 1941, à 15 heures, et le mardi 21 octobre, à 15 heures, à l'hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres (Salle des consultations de spécialité) (voir affiche).

Ils devront, pour être admis à prendre part à ces séances, demander leur inscription sur la liste des internes admis à choisir une place ; ces inscriptions seront reçues au Bureau du Service de Santé entre le 29 septembre et le 4 octobre inclus, de 15 heures à 17 heures (samedi et dimanche exceptés).

Les internes qui désireraient changer de service le 1er novembre prochain, devront déposer à cet effet au Service de Santé, *avant le 5 octobre, dernier délai*, un certificat attestant qu'ils sont autorisés à quitter le chef de service auquel ils sont actuellement attachés. Leur admission à la séance de répartition des 20 et 21 octobre 1941 est subordonnée à l'accomplissement de cette formalité.

La date des mutations des internes pour le deuxième semestre est fixée au lundi 3 novembre 1941.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — *Jury du concours d'aide d'anatomie 1941* : MM. les Drs Braine, Wilmoth, Mouchet (Alain), Flandin.

Faculté de Médecine de Paris. — TRAVAUX PRATIQUES SUPPLÉMENTAIRES D'HISTOLOGIE (octobre 1941). — Deux séries de travaux pratiques supplémentaires : *a*) pour la première année ; *b*) pour la deuxième année (avec révision du programme de première année), auront lieu chaque jour, de 14 à 16 heures, à partir du jeudi 2 octobre 1941.

Y seront admis : 1° les étudiants ayant leurs travaux pratiques validés qui désirent faire une révision de ces travaux pratiques ; 2° les étudiants n'ayant pas leurs travaux pratiques validés par suite d'absences justifiées ou de maladie. Les inscriptions sont reçues au secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures. Le droit à verser est de 150 fr.

TRAVAUX PRATIQUES SUPPLÉMENTAIRES DE PHARMACOLOGIE. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie aura lieu à partir du 6 octobre 1941, à 13 h. 45. A cette série pourront s'inscrire : 1° les étudiants récemment démobilisés dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être accomplis. Cette catégorie d'étudiants n'aura aucun droit supplémentaire d'inscription à verser ; 2° dans la limite des places disponibles, les étudiants dont les T. P. réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque et ceux qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en pharmacologie. Pour ces derniers, le droit d'inscription est fixé à 150 francs. Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

Faculté de Médecine de Marseille. — M. Malmejac, professeur sans chaire à la Faculté mixte de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille, est nommé, à dater du 1er octobre 1941, professeur de physiologie à cette Faculté (dernier titulaire de la chaire : M. Cotte, admis à la retraite).

M. Jayle, agrégé à la Faculté mixte de Médecine Générale et

Coloniale et de Pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille, est nommé, à dater du 1er octobre 1941, professeur de clinique ophtalmologique à cette Faculté (dernier titulaire de la chaire : M. Aubaret, admis à la retraite).

M. Poinso, agrégé à la Faculté mixte de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille, est nommer, à dater du 1er octobre 1941, professeur de thérapeutique à cette Faculté (dernier titulaire de la chaire : M. Gaujoux, admis à la retraite). (*J. O.*, 14 sept. 1941.)

Légion d'honneur. — Guerre. — *Chevalier :* Médecin-lieutenant Sallet (Jean), du 106e rég. d'art. (Croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 12 sept. 1941.)

— Le Dr Jandot, dit Danjou (Raymond), médecin lieutenant au 134e R. I. (Croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 15 sept. 1941.)

Officier : Le Dr Ott, médecin commandant au 6e Rég. Etranger d'Inf. (Croix de guerre avec palme). (*J. O.*, 16 sept. 1941.)

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Délégation permanente est donnée à M. le Dr Aublant, secrétaire général à la Santé, et à M. Renaudin, commissaire général à la Famille à l'effet de signer au nom du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé tous actes, arrêtés ou décisions, à l'exclusion des décrets.

— M. le Dr Schneider (Jean) est nommé directeur régional de la Famille et de la Santé en résidence à Châlons-sur-Marne, en remplacement de M. le Dr Triollet, muté, sur sa demande, à Nantes.

— M. le Dr Triollet, directeur régional de la Famille et de la Santé, en résidence à Châlons-sur-Marne est nommé, sur sa demande, directeur régional de la Famille et de la Santé, en résidence à Nantes, en remplacement de M. le Dr Viette, placé dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940. (*J. O.*, 12 sept. 1941.)

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Montassut, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Moisselles, est nommé en qualité de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Villejuif.

— Par arrêté du 5 septembre 1941, l'arrêté du 10 juillet 1941 portant mise en disponibilité de M. le Dr Donnadieu, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Berr-Rechid, est rapporté.

Sanatoriums publics. — M. le Dr Warnery, médecin directeur du sanatorium Fenaille (Aveyron), est affecté en la même qualité au sanatorium Nouvielle (Landes).

Inspection médicale de la santé. — Par arrêté du 5 septembre 1941, M. le Dr Dubas, médecin inspecteur adjoint d'Eure-et-Loir, est reclassé, à compter du 1er février 1941, en qualité d'inspecteur adjoint de 3e classe, au traitement de 33.000 francs. (*J. O.*, 17 sept. 1941.)

Lois et décrets. — Une loi, en date du 2 septembre 1941, est consacrée à la *protection de la naissance.* La femme enceinte aura droit, pendant le mois qui précédera et celui qui suivra l'accouchement, aux soins gratuits dans tout établissement hospitalier public.

La loi prévoit des sanctions en cas de refus d'admission ; elle en prévoit aussi envers les employeurs qui, à l'occasion d'un accouchement, rompraient un contrat de louage de services.

Enfin, un emprisonnement de trois à dix ans et une amende de 10.000 à 100.000 francs pourront frapper l'auteur ou le complice d'un meurtre d'enfant nouveau-né. (*J. O.*, 14 sept. 1941.)

Un décret, en date du 1er septembre 1941, fixe à 65 ans la limite d'âge des médecins chargés d'assurer le service médical dans les établissements pénitentiaires. (*J. O.*, 14 sept. 1941.)

Société Française de Gynécologie. — La séance de rentrée aura lieu le lundi 13 octobre, à 16 heures 30, à la Faculté de Médecine, salle Pasteur.

Deux sujets sont à l'ordre du jour : 1° *La sulfamidothérapie en gynécologie*, par M. J.-E. Marcel ; 2° *Les sports chez la jeune fille et la femme, leur choix, leurs limites*, par M. Maurice Fabre.

Tous les médecins s'intéressant à ces questions sont cordialement invités.

Conférences de psychiatrie. — Le Dr Henri Ey, ancien chef de clinique, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques, reprendra ses conférences le *mercredi 8 octobre.* Comme les années précédentes, les présentations de malades auront lieu tous les mercredis à 14 heures, à la Clinique des Maladies Mentales (Professeur Laignel-Lavastine).

Les exposés théoriques se feront à la bibliothèque de l'Asile Clinique Sainte-Anne, le même jour, de 17 à 19 heures.

Pour les inscriptions, s'adresser à M. Fouquet, interne à la Clinique des Maladies Mentales, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e arrondissement).

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — Chaire d'anatomie pathologique. Professeur : M. Roger Leroux. *Cours complémentaire.* — Mlle Gauthier-Villars, agrégée, commencera le 5 octobre 1941, à 17 h. 30, à l'Amphithéâtre d'Anatomie Pathologique, escalier B, 1er étage, une série de leçons sur l'anatomie pathologique des organes génitaux féminins et de la glande mammaire. Le cours se poursuivra chaque jour à la même heure jusqu'au 25 octobre.

Programme du cours. — 1. Les prélèvements par biopsie du col ; 2. Les prélèvements par curetage ; 3. Les prélèvements par biopsie cyto-hormonale ; 4 à 7. Les prélèvements au cours des laparotomies. Ovaire, trompe ; 7 à 10. Utérus. Ensemble des organes génitaux internes (endométriose, avortement) ; 11 à 18. Histo-physiologie. Mastites. Dystrophies. Tumeurs.

Droits d'inscription : 200 fr. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat (guichet (n° 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures, ou à la Salle Béclard, les mardis, jeudis et samedis, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Deuxième cours de technique et de diagnostic. — Rappelons que ce cours, fait par M. le Professeur Leroux et le Dr Busser, commencera le 29 septembre 1941 (voir *Gaz. Hôp.*, 1941, nos 63-64, p. 630).

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laënnec (Prof. J. Troisier). — Les quatre leçons de MM. Bariéty et Brouet que nous avons précédemment annoncées auront lieu *les quatre dimanches d'octobre, à 10 heures 30, à la salle des conférences de la Clinique.*

Mariage

On annonce le mariage de Mlle Yvonne-Marie Le François, fille du sympathique éditeur médical M. E. Le François, et de Madame E. Le François, avec M. Fred Davaine.

ORDRE DES MEDECINS

Communiqué du Conseil départemental

Le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine communique :

En exécution de l'article 3 du décret du 11 août 1941 (*Journal Officiel* du 6 septembre 1941), les médecins se trouvant, à cette date, au nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941 (*Journal Officiel*, 14 juin 1941), sont priés de passer au Conseil de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, à Paris-7e, pour y remplir, en double exemplaire, une formule de déclaration concernant :

a) Leur situation par rapport à l'une des quatre conditions prévues à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941, en faveur des anciens combattants et victimes de la guerre (décret du 11 août 1941, article 1er, 4e alinéa).

b) Leurs mérites professionnels (*Ibidem*, 5e alinéa).

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

LE FOIE GRAS DES TUBERCULEUX

par Maurice Lœper et P. Mozziconacci

Il est peu de tuberculeux chez qui l'on ne trouve, à l'autopsie, une altération hépatique : foie cardiaque, amylose, stéatose hépatique ou cirrhose, beaucoup plus rarement granulations, tubercules, lésions caséeuses ou cavernes. De toutes ces altérations, c'est l'hépatite graisseuse qui est la plus fréquente et qui, d'ailleurs, attira la première l'attention des anatomo-pathologistes. « Presque tous les cas de dégénérescence graisseuse du foie se voient chez les phtisiques » écrivait déjà Andral, en 1829, tandis qu'avec lui Cruveilhier soutenait que la stéatose est la lésion ordinaire du foie des tuberculeux. Dans le courant du xixe siècle, Brissaud, Toupet, Hanot, Lauth, Sabourin, Péron en étudièrent l'aspect macroscopique et histologique, insistèrent sur la fréquence de la tuberculose pulmonaire associée, et la considérèrent comme une altération cachectique sans spécificité. Dans la suite, les travaux de Thaon et d'Arnold détournèrent l'attention vers les lésions proprement bacillaires du foie, granulations et tubercules, puis, à partir de 1881, les descriptions d'Hutinel et de Sabourin, de Hanot, Lauth et Gilbert insistèrent, au contraire, sur les diverses variétés de cirrhoses graisseuses tuberculeuses. La pratique de l'exploration fonctionnelle du foie devait, vingt ans plus tard, faire reprendre avec d'autres méthodes l'étude des hépatites graisseuses et la thèse d'Aubertin (1), en 1922, marque le point de départ d'une série de recherches biologiques poursuivies par Fiessinger et ses élèves dans les années suivantes. Quelques études récentes sur lesquelles nous aurons à revenir viennent de les rappeler à l'attention et de soulever, à nouveau, quelques-uns des problèmes cliniques et pathogéniques que pose le foie gras des tuberculeux. Ce foie graisseux a-t-il une traduction clinique précise ? Les épreuves fonctionnelles peuvent-elles contribuer à le caractériser ? Faut-il le considérer comme une dégénérescence de la cellule hépatique ou le rattacher, au contraire, au groupe des hépatites de surcharge ? De quelle manière enfin peut-on concevoir le mécanisme de son développement ? Autant de questions que les travaux classiques n'ont fait que soulever et qui méritent encore discussion.

***

La symptomatologie du foie gras des tuberculeux se résume en deux aspects cliniques essentiels : tantôt il se réduit à une hépatomégalie isolée qui — en dehors de quelques symptômes fonctionnels et généraux sur lesquels nous aurons à revenir — en est toute la traduction ; tantôt il donne lieu à des douleurs de l'hypocondre droit et s'accompagne d'une sensibilité de la région hépatique, qui permettent d'isoler une forme douloureuse de l'affection.

La forme latente est la plus classique : il nous a été possible d'en rencontrer récemment un exemple et de l'étudier biologiquement et anatomiquement : nous en rapporterons l'observation complète.

Observation. — L..., âgé de 34 ans, pâtissier, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 6 février 1941. Il a un long passé bacillaire qui remonte à 1929 : il a fait, à cette date, une petite lésion du poumon gauche avec présence de bacilles dans les crachats, pour laquelle on a tenté, sans succès, un pneumothorax gauche. Après huit mois de séjour à l'hôpital, le malade n'a plus de bacilles dans ses crachats et rentre à Paris où il reprend son travail mais, en 1938, il fait une rechute et, malgré un séjour prolongé en sanatorium, demeure bacillaire et l'est resté depuis.

En 1940, apparaissent des œdèmes des membres inférieurs, d'abord seulement malléolaires et survenant à la fatigue, puis permanents et extensifs, gagnant les cuisses, les organes génitaux, la paroi abdominale et la région lombaire, s'accompagnant même de bouffissure de la face. En même temps, l'état général s'altère et le malade se fait hospitaliser.

A l'examen existe, en effet, un œdème de toute la moitié inférieure du corps, blanc, mou, prenant le godet, non douloureux ; l'œdème respecte le thorax et les membres supérieurs, infiltre légèrement les paupières, et ne s'accompagne ni d'ascite, ni d'épanchement pleural. Le malade frappe, d'autre part, par son extrême pâleur et par l'altération profonde de son état général.

L'examen du foie le montre considérablement hypertrophié : le bord inférieur déborde largement le rebord costal, d'environ trois travers de doigt sur la ligne mamelonnaire, alors que la limite supérieure n'est que légèrement abaissée, correspondant au sixième espace. La consistance ne peut être que difficilement appréciée du fait de l'œdème qui infiltre la paroi ; le palper ne réveille aucune douleur.

La rate est nettement augmentée, percutable sur la hauteur d'un travers de main, débordant largement la ligne axillaire moyenne.

Les urines n'atteignent pas un litre par vingt-quatre heures ; elles contiennent de l'albumine.

La tension artérielle est normale.

Une séric d'examens de laboratoire ont été pratiqués pour explorer l'état du foie, étudier la fonction rénale, éventuellement dépister une amylose. et préciser l'état pulmonaire.

Rose bengale (taux éliminé).....	5 gr. 26
Rouge congo (pas de rouge dans le sérum).	
Phénolsulfonephtaléine (quantité éliminée)	o gr. 003 p. 100
(Pourcentage éliminé)........	50 p. 100
Cholestérol	1 gr. 63
Soufre sanguin (S. total)......	o gr. 0384 p. 1.000
Urée : 7 février 1941.........	o gr. 81
14 février 1941.........	o gr. 97

		Sérine	Globuline	S./G.
Albumines du sang :		—	—	—
7 février.....	56 gr. 70	29 gr. 30	27 gr. 40	1,06
10 février.....	54 gr. 70	29 gr. »	25 gr. 70	1,12
Albumines des urines :				
Pour 1.000....	27 gr. 80	19 gr. 80	7 gr. 90	
Par 24 heures.	13 gr. 09	9 gr. 90	3 gr. 95	
Albumine du liquide d'œdème :				
Pour 1.000....	1 gr. 90	1 gr. 60	o gr. 30	

Chlorures du liquide d'œdème : 5 gr. 49.

Quantité d'urine émise en 24 heures.	1 litre
Urée urinaire	16 gr. 30 p. 24 heures
Azote total.........................	31 gr. 52 p. 1.000
Azote de l'urée.....................	8 gr. 43 p. 1.000
Ph.	6,8
Azote amino-ammoniacal	2 gr. 01 p. 1.000

Coefficient azoturique corrigé : 3.

Galactosurie négative.

Examen cyto-bactériologique des urines : Quelques cellules dans la vessie ; flore très abondante et variée ; bacilles et diplocoques G + ; B. K. = O.

Corps biréfringents dans l'urine : recherche positive.

Formule sanguine :

G. R.	4.010.000
G. B.	7.800
H.	80
Pol.	77
Lympho.	14
Monocytes	9

B. K. dans les crachats : B. K. + (ex. direct.).

Hecht	H8
Kahn	—
Meinicke	—

Radiographie pulmonaire : lésions diffuses broncho-pneumoniques étendues à la totalité des deux champs pulmonaires, avec images cavitaires bilatérales.

Le malade est décédé un mois après son entrée, le 3 mars 1941.

L'autopsie montre :

1° Un foie de volume considérable, pesant 1.875 grammes, de consistance molle, d'aspect graisseux à la coupe ;

2° Des lésions pulmonaires bilatérales très étendues ; il existe des adhérences multiples des deux bases ; à la coupe, les poumons sont farcis de lésions tuberculeuses ; le poumon gauche présente de nombreuses cavernes, semblant anciennes et le reste du poumon est infiltré de nodules caséeux ; le poumon droit est également rempli de tubercules en voie de caséification ;

3° Les reins sont blanchâtres, de consistance molle, très gros, pesant 300 grammes.

L'examen histologique du foie et des reins a été pratiqué :

1° Le foie est infiltré de graisse autour des espaces portes ; la graisse forme ainsi des îlots péri-portaux envoyant autour d'eux des ramifications dont certaines vont rejoindre des îlots graisseux voisins. Dans l'intervalle des îlots graisseux, le parenchyme hépatique est conservé mais les trabécules sont tassés et par endroits dissociés.

Au fort grossissement, la graisse forme de grosses gouttes, emplit les cellules et ne laisse persister qu'un petit croissant de protoplasme contenant un noyau d'aspect normal, bien colorable, bien que légèrement ovalisé.

Les cellules hépatiques des zones de parenchyme non envahies par la graisse ne sont pas altérées. Il n'y a pas d'amylose.

4° Les reins, colorés au violet de méthyle, montrent quelques rares zones de dégénérescence amyloïde.

En résumé, chez un tuberculeux ancien, porteur de lésions pulmonaires bilatérales, étendues et excavées, la constatation d'un gros foie coexistant avec des œdèmes des membres inférieurs et une albuminurie paraissait devoir faire penser à une amylose hépato-rénale ; il s'agissait, en réalité, malgré l'absence de perturbation de la galactosurie provoquée, d'une hépatite graisseuse associée à des lésions très discrètes d'amylose rénale. C'est donc un exemple de la forme latente habituelle du foie graisseux bacillaire.

Il faut lui opposer un second aspect clinique un peu moins habituel, la *forme douloureuse*. Nous en avons également observé récemment un exemple. Il s'agissait d'un malade de quarante-trois ans, tuberculeux pulmonaire avancé, et chez qui l'hépatite graisseuse s'est révélée par de vives douleurs de l'hypocondre droit ; ce malade était, en effet, entré dans le service pour des douleurs postérieures, siégeant à la base du thorax, dans la région paravertébrale droite, et irradiant en avant jusque dans la région sous-mammaire, ayant les caractères d'un violent point de côté, et s'exagérant lors des mouvements, des inspirations profondes et des secousses de toux. A l'examen, le foie, très augmenté, débordant le rebord costal de presque un travers de main, est sensible à la pression ; la palpation de son bord inférieur et de sa surface déclenche une vive douleur. Il n'y a, par ailleurs, ni splénomégalie, ni ascite, ni circulation collatérale, ni œdème des membres inférieurs.

***

L'évolution de l'hépatite graisseuse peut se faire avec ictère. Ameuille (4) a insisté, en 1920, sur cette *forme ictérique*. Il signale deux malades atteintes de lésions tuberculeuses ulcéreuses bilatérales chez qui l'hépatite graisseuse s'est compliquée d'un ictère grave terminal. L'ictère a été assez foncé dans un cas, plutôt léger dans l'autre ; il est apparu dans la dernière semaine de la maladie. Les matières n'ont pas été complètement décolorées, mais il y avait des sels et des pigments biliaires en abondance dans le sérum et dans les urines, avec un peu d'urobiline. A l'autopsie, le foie, modérément augmenté de volume (1.350 grammes et 1.600 grammes), était complètement envahi par la graisse, les cellules n'étant plus que des vésicules remplies d'énormes gouttelettes graisseuses, de sorte « qu'on ne trouvait plus une seule cellule encore pourvue d'un peu de protoplasma fonctionnel ». Cette forme paraît être le stade terminal de la stéatose hépatique, celui où la graisse a envahi le parenchyme de telle façon que la destruction fonctionnelle du foie est pratiquement totale. C'est un aspect du foie graisseux qu'on rencontre certainement rarement. Nous en avons observé un exemple l'an dernier : l'ictère a duré vingt jours et s'est terminé par la mort.

***

Tels sont les trois aspects cliniques essentiels de l'hépatite graisseuse des tuberculeux. Nos deux observations concernent des tuberculeux pulmonaires avancés, et c'est, en effet, la règle de voir survenir la stéatose du foie au cours des *tuberculoses pulmonaires cavitaires* abondamment suppurées. Mais elle survient aussi après les tuberculoses péritonéales et intestinales.

La fréquence de l'hépatite graisseuse au cours de la *tuberculose péritonéale* a été mise en évidence par Dehergne (2) dans une thèse récente. Cet auteur a réuni seize observations de polysérites tuberculeuses et a insisté à la fois sur la fréquence de la complication hépatique et sur son importance évolutive, la découverte d'une insuffisance hépatique comportant toujours pour lui une signification fâcheuse. Toutes les observations de cette thèse ne sont pas très probantes, parce qu'elles manquent de contrôle anatomique. Pourtant, nous retiendrons l'observation suivante :

Observation (Dehergne). — G. A..., 17 ans, carrier, entre à l'Hôtel-Dieu, le 1er avril 1934, pour une polysérite bacillaire. Malade depuis six mois, il souffre de douleurs abdominales avec alternatives de diarrhée et constipation. A l'examen, malade très affaibli, pâle, fébrile (39°-40°). Gros épanchement pleural gauche avec dextrocardie. Ventre très douloureux et pâteux, sans ascite importante. Le foie est gros, 21 centimètres sur la ligne mamelonnaire, très mou. Pas de subictère. Aux rayons, pleurésie axillaire sans lésions pulmonaires ; pas de bacilles de Koch dans les crachats. La pleurésie est du type séro-fibrineux à lymphocytes, avec Rivalta positif. Urines rares, non albumineuses.

Galactosurie

Echantil.	Vol. des urines	Concentrations partielles	Elimination
I	75 cm³	15 gr. 04 0/00	1 gr. 138
II	25 cm³	12 gr. 89 0/00	0 gr. 322
III	110 cm³	2 gr. 04 0/00	0 gr. 225
IV	175 cm³	1 gr. 84 0/00	0 gr. 322
	385 cm³		2 gr. 007

Concentration moyenne par litre : 5 gr. 21.

Ce malade quitte l'hôpital, mourant, le 30 avril.

Avec la péritonite bacillaire, *la tuberculose intestinale* représente une étiologie importante du foie graisseux tuberculeux. La thèse de Franck (3) s'est attachée mettre en évidence cette forme étiologique particulière : nous lui empruntons l'observation suivante, choisie également à cause du contrôle anatomique qui la rend démonstrative.

Observation (Franck) (résumée). — Il s'agit d'un malade de 36 ans, cultivateur, hospitalisé à la suite d'une pleurésie gauche bientôt compliquée d'une localisation pulmonaire avec présence de bacilles dans les crachats, à la suite de laquelle s'installe, malgré une amélioration de l'état pleuro-pulmonaire, une altération progressive de l'état général avec anorexie, asthénie et fièvre persistante. A l'examen, le volume du foie est normal, et l'on ne constate guère, outre quelques douleurs spontanées de la fosse iliaque droite, qu'un léger météorisme abdominal. Il n'y a pas de diarrhée.

Galactosurie

Echantil.	Vol. des urines	Concentrations partielles	Elimination
I	105 cm³	17 gr. 87 0/00	1 gr. 88
II	52 cm³	12 gr. 34 0/00	0 gr. 64
III	50 cm³	7 gr. 93 0/00	0 gr. 39
IV	150 cm³	6 gr. 61 0/00	0 gr. 99
	357 cm³		3 gr. 90

Indice biliaire plasmatique : 1-2.

Rose bengale : 5,25.

Le lavement baryté montre une diminution de calibre du côlon iliaque avec aspect irrégulier, anfractueux, presque lacunaire des parois.

Quelques semaines plus tard, occlusion progressive et mort.

A *l'autopsie* on constate :

1° Un foie gros et mou, gras, pesant 1.200 grammes ;

2° Des lésions ulcéreuses du cœcum, du côlon transverse et du côlon iliaque, avec quelques petites ulcérations du grêle.

Faut-il, aux hépatites graisseuses compliquant la tuberculose pulmonaire cavitaire, la péritonite tuberculeuse et la bacillose intestinale, ajouter une quatrième forme étiologique : la stéatose hépatique compliquant la tuberculose pulmonaire à lésions peu évolutives ? C'est ce qu'a soutenu Franck en s'appuyant sur douze observations de tuberbuloses pulmonaires peu évolutives au cours desquelles l'épreuve de la galactosurie provoquée s'est montrée perturbée. Il est très difficile d'être aussi affirmatif dans l'impossibilité où nous nous trouvons de porter avec certitude le diagnostic d'hépatite graisseuse sur les seuls symptômes cliniques ou biologiques.

Dans l'ensemble, on le voit, l'hépatite graisseuse tuberculeuse se présente donc, d'ordinaire, sous une forme latente, et parfois sous un aspect douloureux, ou sous un aspect ictérique ; elle complique le plus souvent les tuberculoses pulmonaires ulcéreuses étendues, parfois les granu-

lies, parfois aussi les bacilloses péritonéales ou intestinales ; elle reste d'ordinaire au second plan du tableau clinique, mais peut, dans quelques cas, évoluer vers un ictère grave terminal.

***

Peut-on aller plus loin dans la séméiologie de l'hépatite graisseuse et tenter de réunir quelques symptômes qui, au cours d'une tuberculose pulmonaire, intestinale ou péritonéale, permettent d'en envisager le diagnostic ?

On ne saurait attendre grand secours des symptômes généraux. Sans doute, l'asthénie est toujours très prononcée, et il est bien classique depuis Hanot et Gilbert d'insister sur ce caractère des hépatites graisseuses. Sans doute aussi l'importance de l'amaigrissement, la fièvre toujours élevée, l'anémie, la leucocytose, l'hypotension artérielle sont des symptômes habituels, mais il est impossible, chez un bacillaire, de préciser leur origine pulmonaire, hépatique ou générale. Tout au plus pourrait-on noter que l'altération de l'état général paraît vraiment plus grave que ne le comporte l'état pulmonaire.

Les symptômes fonctionnels sont de plus de valeur. L'hépatite graisseuse s'accompagne fréquemment de troubles digestifs parmi lesquels il faut mettre au premier plan la *sensibilité à certains aliments ;* cette intolérance se manifeste par de la fièvre, du prurit, de l'urticaire, dont l'ensemble doit attirer l'attention sur une altération hépatique ; elle s'associe généralement à des troubles dyspeptiques, fréquemment à de la diarrhée. On sait, par ailleurs, que ces malades supportent souvent mal certains médicaments, comme la créosote (Pissavy et Monceaux).

A l'examen physique, enfin, le foie se montre généralement mou, difficile à délimiter, parfois plus consistant et permettant d'accrocher son bord inférieur. Inconstamment il est sensible au palper, la douleur pouvant traduire aussi bien la périhépatite qu'un élément congestif surajouté. Il n'y a pas d'ascite, pas de circulation collatérale, pas de splénomégalie, et, en dehors des formes particulières que nous avons signalées, pas d'ictère.

***

Il eût été utile, devant des symptômes cliniques aussi peu caractéristiques, de disposer d'un TEST BIOLOGIQUE certain qui permît d'affirmer la stéatose hépatique. Déjà en 1922, Emile Aubertin avait passé en revue la valeur des diverses épreuves d'exploration fonctionnelle du foie, et avait retenu comme les plus caractéristiques : l'urobilinurie, le coefficient de Maillard, la glycuronurie provoquée et la réaction de Hay, sans d'ailleurs attribuer à aucune une valeur de certitude. Fiessinger, Thiébaut et Dieryck (5) reprirent la question en 1932 et proposèrent de déceler l'hépatite graisseuse tuberculeuse par la *galactosurie provoquée ;* ils apportaient onze observations au cours desquelles la galactosurie avait montré une élimination globale assez faible, mais des concentrations partielles augmentées, et faisaient de ce dernier caractère le meilleur élément de diagnostic biologique de la stéatose du foie ; sur leurs onze observations, quatre comportaient une autopsie ayant montré un foie graisseux. La thèse de Dehergne est revenue sur cette épreuve : dans les seize cas qu'il rapporte — dont un avec autopsie — les concentrations moyennes obtenues étaient :

Dans le 1er verre	18 gr. 92 o/oo
2e —	9 gr. 76 o/oo
3e —	2 gr. 97 o/oo
4e —	1 gr. 79 o/oo

La concentration moyenne globale était de 5 gr. 82 o/oo.

Les conclusions de la thèse de Franck, qui porte sur dix-huit cas — dont un seulement avec autopsie — sont analogues ; dans toutes ses observations la concentration de galactose dans le premier échantillon dépasse 10 gr. o/oo et atteint souvent vingt ou trente grammes.

Ces constatations, pour importantes qu'elles soient, n'ont peut-être pas le caractère de généralité que leur attribuent leurs auteurs. Notre première observation, dans laquelle l'hépatite graisseuse a été vérifiée anatomiquement et histologiquement, et où la galactosurie provoquée était absolument normale et témoignait d'un foie fonctionnellement intact, autorise à penser que l'épreuve de Bauer-Fiessinger ne saurait être considérée chez un tuberculeux comme un test de stéatose hépatique ; il faut seulement retenir que le foie graisseux des bacillaires peut, selon les cas, s'accompagner ou non d'un trouble de la fonction galactopexique du foie.

Nous n'avons pas trouvé de modifications importantes dans les autres épreuves du fonctionnement hépatique. Ni l'azotémie (o gr. 30 à o gr. 43), ni la glycémie (o gr. 91 à 1 gr. 13), ni les modifications du soufre sanguin (accru ou légèrement diminué suivant les cas) ne sont en pratique d'un utile secours. Thiébaut et Diéryck avaient d'ailleurs conclu de leur étude que seule parmi les épreuves fonctionnelles hépatiques la galactosurie est perturbée dans l'hépatite graisseuse.

Le taux de la *lipémie* paraissait devoir apporter des indications importantes. Nous ne l'avons pas trouvé accru personnellement, et la littérature est peu abondante sur ce point. En face des constatations de Henning (6) qui, dans vingt et un cas de tuberculose pulmonaire avancée, trouvait un taux d'acides gras voisin de la normale, il faut placer celles d'Erben (7) qui trouva dans deux cas de tuberculose avancée une augmentation des lipides du sang et celles de Muggia (8) qui conclut de ses recherches personnelles que la graisse totale du sang est accrue dans les cas de tuberculose avancée, et qui rapproche d'ailleurs cette lipémie de la stéatose hépatique des tuberculeux.

Il pouvait enfin sembler logique de chercher dans la présence de *corps cétoniques* urinaires un signe indirect du trouble du métabolisme lipidique du foie. La destruction des acides gras dans le foie se fait, en effet, par fixation d'une molécule d'oxygène sur le carbone placé en β. On aboutit de la sorte à des acides gras dont le nombre d'atômes de carbone toujours pair est de moins en moins grand et dont les derniers termes sont l'acide β-oxybutyrique, l'acide diacétique et l'acétone (Knoop). La β-oxydation des réserves d'acide gras accumulées dans le foie graisseux devait donc amener une acido-cétose urinaire importante. Aréna (9) a, en effet, trouvé de l'acétonurie dans quatorze cas d'hépatites graisseuses sur vingt malades examinés ; personnellement nous avons trouvé de l'acide diacétique dans les urines de trois malades sur huit.

Notons enfin que la stéatose hépatique peut s'accompagner d'une augmentation de l'élimination urinaire *d'acides aminés.* Sur trente-six malades examinés, Zandren (10) a trouvé un taux d'azote aminé égal à 4,36 % de l'azote urinaire total, le taux moyen des sujets normaux étant de 2,37 %.

Quant à la diminution du taux de la *lipase* dans le sérum, Fiessinger, Albeaux-Fernet et Gajdos (11) ont montré, après Achard et Clerc, qu'elle peut se rencontrer dans tous les états de dénutrition rapide ou de cachexie, et ne renseigne nullement sur la fonction lipidique du foie. C'est ce qu'avaient dit, en 1901, Achard et Clerc.

***

La constatation d'une insuffisance fonctionnelle du foie au cours d'une évolution tuberculeuse est considérée depuis le travail d'Aubertin comme UN ÉLÉMENT DE FACHEUX PRONOSTIC. Thiébaut et Diéryck ont insisté sur cette notion, et ont rangé l'épreuve de la galactosurie provoquée parmi les éléments de pronostic de la tuberculose. Dehergne et Franck conseillent de suivre l'évolution des concentrations galactosuriques, ayant toujours constaté « un parallélisme étroit entre l'évolution des concentrations et la gravité de l'affection ». A la vérité, si les hépatites graisseuses que nous avons observées ont toutes eu une évolution rapide, une seule s'est terminée dans un tableau d'insuffisance hépatique manifeste, entrant dans le cadre de la forme ictérique qu'Ameuille considérait déjà comme exceptionnelle. Le plus souvent la mort survient, soit dans une cachexie de progrès rapide, soit du fait d'une complication liée à la suppuration péritonéale, intestinale ou pulmonaire, assez souvent de la rupture d'une ulcération du grêle ou du côlon donnant lieu à une péritonite septique, ou de l'ou-

verture dans la plèvre d'une caverne superficielle donnant lieu à un pneumothorax suppuré. C'est du moins ce qui ressort de la statistique qu'a bien voulu nous communiquer M. Ameuille et des cas que nous avons pu observer nous-mêmes à l'hôpital Saint-Antoine.

***

Le diagnostic de l'hépatite graisseuse chez un tuberculeux ne se pose guère qu'avec le foie cardiaque et le foie amyloïde.

Le foie cardiaque n'est pas rare chez les bacillaires. C'est un gros foie douloureux, surtout volumineux dans la station debout, se réduisant dans la position couchée, s'accompagnant de tachycardie, d'hypotension artérielle, et régressant parfois légèrement par le traitement digitalique. A l'autopsie, c'est un foie congestif, saignant à la coupe, avec des îlots foncés et histologiquement des zones centro-lobulaires de dégénérescence graisseuse. Peut-être faut-il faire jouer un rôle, dans son mécanisme pathogénique, non seulement à la défaillance cardiaque et à l'artérite pulmonaire, mais à la production d'histamine dans les foyers tuberculeux sur laquelle l'un de nous a insisté avec MM. Perrault et Herrenschmidt (12).

L'amylose hépatique complique moins les tuberculoses pulmonaires ulcéro-caséeuses que les bacilloses externes suppurées : tuberculoses osseuses ou articulaires compliquées d'abcès froids fistulisés. Elle donne lieu à une énorme augmentation du foie et s'associe, d'ordinaire, à d'autres signes de la maladie amyloïde : splénomégalie, polyurie avec albuminurie, diarrhée séreuse et incoercible. Cependant la coexistence d'une hépatite graisseuse et d'une amylose rénale peut, comme dans l'observation que nous venons de rapporter, créer des difficultés diagnostiques réelles. L'épreuve de Paunz au rouge congo aidera à trancher les cas douteux. Elle ne vaut d'ailleurs que pour le rein.

Quant aux lésions spécifiques tuberculeuses du foie, il faut en soulever l'hypothèse lorsque l'hépatomégalie est un peu sensible au palper, mais rien, en pratique, ne permet de les reconnaître. Cependant la notion de fréquence entre ici en ligne de compte, et il faut retenir que l'hépatite graisseuse est le substratum le plus habituel du gros foie des tuberculeux. Dans le service de M. Jacob nous l'avons rencontré quatorze fois sur quarante malades ; et dans la salle de bacillaires, dont l'un de nous avait la charge pendant la guerre, il l'a rencontré quatre fois sur dix malades examinés cliniquement et anatomiquement.

***

Il est exceptionnel d'examiner histologiquement le foie d'un tuberculeux sans trouver quelques zones où les cellules hépatiques sont infiltrées de gouttelettes graisseuses. Ce sont des stéatoses en îlots et on ne saurait y voir d'hépatite graisseuse à proprement parler.

L'aspect anatomique du foie graisseux (13) est tout différent. C'est un foie volumineux, pesant 2 à 3 kilos, bombé, avec des bords arrondis, mousses ; il est de couleur jaune chamois, pâle et uniforme, parfois presque exsangue ; la capsule de Glisson est lisse, tendue ; le doigt la déprime en un godet persistant. A la coupe il apparaît lisse, brillant, « onctueux », disait Letulle (14), la tranche de section est uniformément jaunâtre et ne laisse pas échapper de sang ; le couteau qui a fait l'incision reste chargé de graisse, et Cornil avait coutume de montrer la tache graisseuse qu'il laisse sur le papier. La vésicule biliaire contient une petite quantité de bile, pâle et incolore.

Histologiquement le tissu hépatique apparaît transformé en une sorte de réseau dont les mailles sont représentées par les cellules hépatiques distendues par une volumineuse goutte de graisse. Par le Soudan III cette vésicule se colore en rouge orange ; l'acide osmique se réduit à son contact en une matière noire qui se combine à elle en plusieurs gouttelettes de volume inégal. A la périphérie de la cellule on distingue une mince bordure protoplasmique ; le noyau est refoulé, déformé, ayant pris un aspect allongé, ovalaire. Mais il a généralement conservé une chromatine et des nucléoles normalement visibles. Il est tout à fait exceptionnel et, seulement, quand la graisse a envahi la totalité du parenchyme, qu'on puisse voir des images véritables de dégénérescence nucléaire. Le plus souvent l'infiltration n'a pas ce caractère massif, parfois elle se réduit à quelques goutelettes insérées dans le protoplasme de la cellule. On peut même voir alors autour de l'espace-porte une mince couche de cellules hépatiques saines ou presque dépourvues de graisse, et simplement refoulées, aplaties, tassées l'une contre l'autre, formant un îlot périportal ayant échappé à la stéatose. Enfin, sur les prélèvements biopsiques faits au cours d'une intervention on peut parfois colorer par l'iode, à l'opposé du noyau, un petit croissant de glycogène.

A cette stéatose massive du foie s'oppose *l'hépatite nodulaire graisseuse* de Sabourin. Il s'agit ici d'une surcharge systématisée par îlots, se dessinant à la surface du foie sous forme de taches jaune pâle, parfois saillantes sous la capsule de Glisson, pouvant lorsque les nodules graisseux n'ont que deux ou trois millimètres de diamètre donner au foie un aspect grenu, mais atteignant souvent un centimètre ou un centimètre et demi.

A la coupe, les îlots graisseux forment de légers reliefs à contours festonnés, de couleur plus pâle que le reste du parenchyme, et de consistance moins ferme,

Histologiquement on constate un bouleversement topographique de la structure du foie ; les cellules chargées de graisse s'orientent concentriquement en dessinant des îlots dont l'axe coïncide, en général, avec l'espace-porte ; les trabécules hépatiques encore intacts sont refoulés autour de la veine centrolobaire par les nodules en évolution graisseuse, leurs éléments se tassent et deviennent riches en granulations pigmentaires ; tardivement ils s'infiltrent à leur tour de gouttelettes de graisse. C'est à cette évolution nodulaire graisseuse, qui modifie si profondément la structure habituelle du lobule hépatique, que Géraudel donnait le nom d'hépatite modelante.

Enfin l'hépatite graisseuse peut coexister avec des *lésions tuberculeuses spécifiques* : tubercules, granulations ou cavernes péri-biliaires ; plus souvent qu'on ne voit ces lésions microscopiques on observe à l'examen histologique des follicules tuberculeux centrés soit par un canalicule biliaire (Sergent), soit par un vaisseau sanguin (Jacobson). Les bacilles de Koch y sont toujours difficiles à mettre en évidence.

***

L'étude chimique du foie dans la stéatose tuberculeuse montre dans l'ensemble une diminution des protéines et une augmentation de l'eau et des *graisses*. Les chiffres donnés par les auteurs varient d'ailleurs dans d'assez larges limites. Si l'on s'en tient à la longue étude de V. Hoesslin (15) on peut admettre que, chez un sujet normal, il existe 2,5 parties de graisse pour 100 parties de foie frais. Si l'on élimine l'eau par dessication, on constate que dans l'extrait sec obtenu les graisses représentent à peu près 10 % du poids total. Dans une hépatite graisseuse tuberculeuse, le même auteur a obtenu des chiffres de 28,8 de graisse pour 100 de tissu frais, représentant 68,9 % du poids du tissu sec. Monceaux (16), qui a fait l'analyse clinique de six foies tuberculeux, a trouvé dans deux cas un que de six foies tuberculeux, a trouvé dans deux cas un taux de graisse atteignant 20 à 25 % du foie frais, représentant 55 à 59 % du tissu sec. Nous-mêmes, dans une de nos observations, nous avons trouvé le chiffre de 18,4 % de graisse dans le foie frais. Ce sont là, semble-il, des chiffres moyens ; dans un autre cas, en effet, nous avons obtenu le chiffre beaucoup plus considérable de 43 % de tissu frais, représentant 76 % du poids sec, qui paraît correspondre à une infiltration graisseuse énorme. Monceaux a, par ailleurs, insisté sur le fait que la bile contient elle aussi une quantité de graisse importante, de l'ordre de 12 à 96 o/o, représentant de 20 à 60 % de l'extrait sec — alors que la graisse biliaire des sujets normaux ne représente que 3 à 15 % de l'extrait sec.

L'analyse qualitative de cette graisse montre qu'elle est formée d'acides gras, de cholestérine et de phosphatides.

Les acides gras sont essentiellement de l'acide oléique (60 %), palmitique (15 %) et stéarique (10 %) ; P. Hartley (17) a montré que l'acide oléique du foie est différent de l'acide oléique des tissus adipeux (par la place de la double liaison) et qu'on trouve également dans le foie de l'acide linoléique. L'acide oléique hépatique et l'acide linoléique dérivent de l'acide stéarique et de l'acide oléique des tissus adipeux par déshydrogénation ; nous aurons à revenir sur l'importance de cette constatation, qui confirme la théorie de la désaturation par le foie des acides gras du tissu adipeux.

Le *cholestérol* se trouve dans le foie graisseux tuberculeux dans la proportion de 1,5 % de poids sec, Fex (18), de 0,75 à 0,85 suivant nos dosages. Enfin les phosphatides sont dans le foie graisseux en proportion beaucoup moindre que dans le foie normal. Leathes (19) a d'ailleurs montré que les phosphatides sont nécessaires à la dégradation des graisses, et que combinés à elles les acides gras peuvent subir la scission en molécules plus petites. Cette combinaison serait une fonction hépatique, de sorte que la faible proportion des phosphatides dans l'hépatite graisseuse serait donc un témoin de l'insuffisance lipolytique du foie.

La quantité du *fer* hépatique est très diminuée dans le foie graisseux tuberculeux. Nous avons constaté, comme Fahr (20), le chiffre de 0,01 au lieu de 0,03 %.

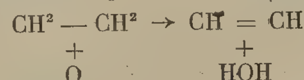
Enfin le glycogène paraît avoir à peu près complètement disparu du foie graisseux.

***

La pathogénie de l'hépatite graisseuse est encore très imprécise, et l'origine même des lipides accumulés dans le foie mérite discussion. L'opinion classique de Virchow était que la stéatose massive du foie est liée à une dégénérescence des cellules hépatiques ; les corps gras provenaient pour lui de la transformation en lipides des protides et des glucides intra-hépatiques (lipogénèse), ou bien de la mise en liberté des graisses contenues dans les complexes lipo-protéiques du protoplasme cellulaire, habituellement masquées et brusquement mises en évidence (lipophanérose). A cette opinion Gilbert et Surmont (21) opposèrent une conception inverse en considérant que la graisse en excès est prélevée sur les réserves adipeuses de l'organisme et qu'elle est transportée et accumulée dans le foie. *Dégénérescence sur place ou apport excessif*, telles sont, en effet, les deux hypothèses encore en présence pour rendre compte de la statose hépatique.

C'est d'abord dans les constatations histologiques qu'on chercha des arguments en faveur de l'une ou de l'autre. L'aspect même de la graisse dans le protoplasme des cellules paraissait devoir donner une première indication : l'apparition de très fines gouttelettes graisseuses au sein du parenchyme hépatique serait un signe de dégénérescence, alors que l'existence d'une grosse goutte de graisse emplissant la cellule témoignerait d'une surcharge. Beaucoup plus importants sont certainement les arguments tirés de l'état de la cellule elle-même : or, l'intégrité du noyau, l'absence de signes de désintégration cellulaire sont de règle au cours de l'hépatite graisseuse tuberculeuse. Sur les coupes histologiques le noyau est d'ordinaire simplement refoulé à la périphérie de la cellule ; il est souvent allongé, étalé par la graisse qui a envahi tout le protoplasme, mais il prend normalement les colorants, il n'est ni rétracté ni fragmenté, il ne prend jamais l'aspect pycnotique, et montre parfois des figures actives de Karyokinèse. Sans doute il est des cas où l'infiltration graisseuse est tellement énorme que toute trace de structure cellulaire a pu disparaître, mais il paraît s'agir de formes extrêmes et, presque toujours, dans les formes moyennes, l'intégrité du noyau semble évidente. Il faut la chercher avec soin. Elle n'est certes pas suffisante à elle seule pour affirmer la surcharge : mais d'autres arguments viennent se joindre à elle et confirmer sa valeur.

Ces arguments sont tirés de l'étude chimique du foie. Gilbert et Surmont avaient déjà insisté sur deux constatations importantes qui tendaient à prouver que la graisse arrive par la voie sanguine et est prélevée sur les réserves de l'organisme. D'une part, disaient-ils, l'importance de la transformation adipeuse du foie est en proportion directe de la quantité de graisse contenue dans les tissus au début de l'expérience (ce qu'on met en évidence en intoxiquant des animaux mis au préalable dans un état déterminé d'engraissement) [Cavazza] (22). D'autre part, la nature chimique de la graisse trouvée dans le foie malade est identique à celle des réserves adipeuses de l'économie, ce qui est facile à constater quand on a constitué ces réserves avec une graisse étrangère à celle de l'animal en expérience (travaux de Shibata (23) sur la stéatose expérimentale par intoxication phosphorée). Les recherches de Hartley et de Leathes ont confirmé les données précédentes en précisant le rôle encore obscur du foie dans le métabolisme des lipides. On sait que les graisses absorbées sont les unes mises en réserve dans le pannicule adipeux, les autres immédiatement oxydées. Cette oxydation peut se faire soit par oxygénation (c'est le mécanisme de la β-oxydation de Knoop), soit par déshydrogénation (l'oxygène ne s'engageant pas dans la molécule elle-même mais lui retirant deux atômes d'hydrogène voisins pour former avec eux une molécule d'eau). Ce dernier mécanisme, représenté par la formule suivante :



$$CH^2 - CH^2 \rightarrow CH = CH$$
$$+ \qquad\qquad\quad +$$
$$O \qquad\qquad HOH$$

aboutit à la production d'une double liaison, point faible dans la molécule ; autrement dit elle transforme un acide gras saturé, stable, en un acide gras non saturé, facile à scinder ; elle produit, comme l'on dit, la désaturation des acides gras, amorçant leur désintégration en molécules de plus en plus petites. Or, il semble que cette désaturation des acides gras se produise dans le foie dont elle résume l'activité lipolytique essentielle. Les dosages de Woltke et de Hartley montrent, en effet, que le foie contient une proportion considérable d'acides gras désaturés (dont l'acide oléique hépatique et l'acide linoléique) alors que le tissu adipeux en renferme une proportion presque trois fois moindre Il existe donc dans l'organisme deux types de graisses : les unes, formées d'acides gras saturés, sont les graisses de réserve du tissu adipeux ; les autres, formées d'acides gras désaturés, sont les graisses du foie en voie de désintégration.

C'est à partir de cette notion fondamentale qu'Hartley et Mavrocordato entreprirent l'étude qualitative de la graisse du foie dans les stéatoses hépatiques, par la méthode de l'indice d'iode. Ils montrèrent que dans les hépatites graisseuses et, en particulier, dans la tuberculose pulmonaire et au cours des hépatites toxiques, le foie est envahi par des acides gras, en majeure partie saturés, c'est-à-dire par des acides du type extra-hépatique. Imrie (24) et Goldberg (25), employant également la méthode de l'indice d'iode, aboutirent à la même conclusion, à savoir que la graisse infiltrant le foie des tuberculeux provient des réserves graisseuses de l'organisme. Mieux que les arguments histologiques ou que les renseignements fournis par l'exploration fonctionnelle du foie, ces données tirées du métabolisme normal et pathologique des graisses hépatiques nous semblent démontrer le rôle capital de la surcharge dans la stéatose ou plutôt l'adipose hépatique tuberculeuse, et reléguer au second plan la part possible de la dégénérescence dans le mécanisme des lésions.

***

Il est très remarquable que de toutes les infections ce soit la tuberculose qui donne lieu le plus souvent à une surcharge graisseuse du foie. On ne peut manquer d'établir un rapprochement entre cette fréquence et la richesse en graisse du bacille de Koch et des tissus tuberculeux : la stéatose hépatique ne tire-t-elle pas son origine des *corps bacillaires éliminés par le foie?*

An sait, en effet, le rôle essentiel du foie dans l'élimination bacillaire. Calmette et Guérin (26) l'ont mis en évidence pour la première fois en 1908, en injectant dans la veine marginale de l'oreille d'une série de lapins un lant au cobaye le contenu de la vésicule biliaire recueilli centigramme de bacilles bovins émulsionnés, et en inocu-

chez les animaux sacrifiés de 1 à 7 jours après l'inoculation. La bile se montra virulente pour le cobaye dans environ un quart des cas.

En 1912 (27), ils confirmèrent les résultats précédents dans une expérience particulièrement démonstrative : ils injectaient dans la veine jugulaire d'une génisse trois milligrammes de bacilles tuberculeux, prélevaient ensuite la bile vésiculaire de l'animal et injectaient un demi-centimètre cube à un lot de cobayes : sur 109 animaux, 15 devinrent tuberculeux : ces 15 cobayes étaient d'ailleurs ceux qui avaient reçu la bile prélevée dans les dix jours qui précédèrent la mort de l'animal. Joest et Emshoff (28), inoculant au cobaye la bile de bœufs ou de porcs tuberculeux naturellement infectés, obtinrent des résultats positifs dans 25 % des cas. Titze et Jahn (29) ont montré à l'abattoir de Berlin que dans 42,3 % des cas la bile des bœufs et chèvres tuberculeux se montre virulente pour le cobaye. Raymondi et d'Amato (30) obtinrent en Argentine des résultats analogues. Chez l'homme, Carnot et Libert (31) ont mis en évidence le bacille de Koch dans la bile prélevée par tubage duodénal, et précisé que cette élimination se fait par une série de décharges successives. Peut-on admettre qu'au cours d'une tuberculose avancée une élimination massive de bacilles puisse jouer un rôle direct dans la stéatose hépatique ? On connaît l'extrême richesse du bacille de Koch en substances grasses, qu'Hammerschlag (32) avait signalée le premier en 1888, et que précisèrent ensuite Aronson (33), Auclair et Paris (34), Frouin et Guillaume (35). Les travaux de Goris (36), en 1920, ceux de Frouin (37), en 1921, ceux de Long et Campbell (38), en 1922, et enfin à partir de 1927 ceux de Anderson (39) et de ses collaborateurs parvinrent à préciser avec exactitude la composition clinique des lipides du bacille tuberculeux. D'après ces auteurs, le bacille de Koch contient 23,78 % de lipoïdes, se décomposant ainsi :

6,54 % de phosphatides ;
6,20 % de graisses solubles dans l'acétone ;
11,03 % de substance cireuse soluble dans le chloroforme.

Les graisses solubles dans l'acétone sont en majeure partie formées d'acides gras, c'est-à-dire essentiellement d'acide palmitique et de deux acides gras particuliers au bacille de Koch et dits acide tuberculo-stéarique et acide phtioïque ; on y trouve en beaucoup moins grande quantité de l'acide stéarique et de l'acide linoléique. Wells et Long (40), dans un ouvrage sur la chimie de la tuberculose auquel nous avons fait de nombreux emprunts, insistent sur le fait que le bacille tuberculeux ne contient pas de cholestérol, alors que le foie graisseux en renferme 1,55 % de poids sec, et qu'ainsi la stéatose ne saurait avoir cette unique origine. A la vérité, d'ailleurs, malgré l'extrême richesse en lipoïdes du bacille de Koch, l'élimination hépatique de ses graisses constitutives ne saurait jouer qu'un rôle adjuvant dans l'hépatite graisseuse, à l'origine de laquelle d'autres facteurs doivent nécessairement intervenir.

Parmi ceux-ci, un élément joue vraisemblablement un rôle important : c'est l'élimination des *graisses produites dans les tissus tuberculeux*. Il est extrêmement frappant, en effet, de constater la fréquence avec laquelle l'hépatite graisseuse coïncide avec des tuberculoses suppurées ou des tuberculoses très étendues et à marche rapide. Or, on sait que les tubercules sont d'une grande richesse en produits graisseux dès qu'ils évoluent vers la caséification. Les études histologiques de Rosenthal (41) ont précisé qu'on ne décèle pas de graisse sur les coupes de tubercules tant qu'aucune caséification n'est apparue ; lorsque le tubercule s'est caséifié, on met au contraire en évidence de nombreuses cellules graisseuses dans la zone bordante du centre caséeux. Ce sont surtout les cellules géantes, comme l'a précisé Chaussé (42), à l'aide de coloration par le Soudan III et l'acide osmique, qui sont infiltrés de gouttelettes graisseuses. On peut également déceler la présence de graisse dans les cellules épithélioïdes et dans la substance caséeuse elle-même. C'est la quatrième enveloppe du tubercule de Hanot. L'analyse clinique confirme ces constatations histologiques : Bossart (43) trouve un pourcentage de graisse (en poids sec) variant de 13,77 % dans les tissus peu caséifiés, à 23,79 % dans les tissus très caséifiés — cette graisse étant constituée pour le tiers ou le quart par du cholestérol. Nous avons personnellement obtenu les chiffres suivants en dosant les lipoïdes d'un foyer caséeux bacillaires :

9 % de lipoïdes
2,80 % de cholestérol

Cette richesse en lipoïdes se rencontre également dans certains épanchements tuberculeux des séreuses. On connaît le taux élevé de cholestérine auquel peuvent atteindre les épanchements pleuraux d'évolution traînante. Dans un épanchement tuberculeux du péricarde, Achard et Laubry ont trouvé les taux suivants :

10,77 de graisses neutres
3,34 de cholestérine
1,77 de lécithine

La majorité des auteurs [Corper (44), Wells et Long (40), Ciaccio] pensent que les graisses des tissus tuberculeux ne proviennent pas du sang circulant, mais dérivent principalement ou exclusivement des graisses et des lipoïdes préexistant dans les cellules en voie de désintégration et masquées dans des combinaisons lipo-protéiques.

***

Une surcharge ne peut s'expliquer par une simple augmentation d'apport ; elle suppose, en outre, une *diminution de la consommation* métabolique. Le foie graisseux est un foie qui, recevant des graisses en excès, est incapable de les métaboliser pour maintenir intacte sa « constante lipoïdique », comme le fait toujours le foie des sujets sains (Terroine). Ce deuxième aspect du problème pathogénique de la stéatose hépatique a reçu des solutions diverses.

La plus simple consiste à invoquer une insuffisance hépatique, vraisemblablement liée à l'action des toxines du bacille tuberculeux. Il s'agirait alors non pas d'une transformation graisseuse des cellules du foie, mais d'une surcharge liée à l'insuffisance fonctionnelle du parenchyme hépatique dégénéré et devenu incapable de métaboliser les graisses. Cette conception attribue l'hépatite graisseuse à l'action sur le foie du poison tuberculeux : elle en fait, selon l'expression de Gilbert, une lésion spécifique non pas histologiquement, mais étiologiquement.

Certaines expériences, celles de Dragstedt (45) en particulier, tendent à faire admettre des relations entre l'*insuffisance pancréatique* et la surcharge, voire la dégénérescence graisseuse du foie. La suppression du pancréas pouvant entraîner ces deux variés de troubles cellulaires ainsi que le rappelle encore Raimbert.

A vrai dire, les conditions chez l'homme, même tuberculeux, sont assez différentes. Mais l'insuffisance pancréatique n'y est pas rare. Nous l'avons montré avec Lesobre. Elle peut porter sur la glande interne comme sur la glande externe et la secrétion interne contient certainement à côté de l'insuline, produit symétrique de l'amylase, une substance d'action lipolytique analogue à la lipase. Les îlots de Langerhans sont développés anormalement chez certains bacillaires, et ce développement est l'indice d'une excitation anormale. Peut-on admettre que l'insuffisance du pancréas joue aussi son rôle dans la non-transformation des graisses de l'organisme et leur rétention dans le foie ?

Il y a plus : on ne saurait non plus négliger dans une étude du métabolisme des graisses le rôle du *poumon* dans leur fixation et leur destruction. Roger et Binet (46) ont démontré cette action à la fois lipopexique et lipodiérétique, et il est difficile d'imaginer que les énormes lésions destructives qu'on observe dans les poumons tuberculeux ne s'accompagnent pas d'une perturbation massive de la fixation et de la combustion des graisses. On est alors amené à considérer le foie gras tuberculeux comme un foie de rétention graisseuse, et c'est là une pathogénie qui paraît vraisemblable dans les stéatoses hépatiques compliquant les tuberculoses cavitaires étendues.

Enfin les travaux des années dernières sur l'innervation du foie et sur le rôle du *sympathique* dans la production des hépatites paraissent ouvrir une voie nouvelle à l'inter-

prétation de la stéatose du foie. Le point de départ de ces recherches est marqué par les expériences de Wertheimer (47) qui, en 1926, étudia la surcharge graisseuse expérimentale du foie par injection de phloridzine ; il constata que cette stéatose n'est possible que si la moelle dorsale et les nerfs du foie sont intacts ; la section de la moelle au-dessus de D_7 et l'énervation hépatique empêchent, en effet, la surcharge graisseuse de se produire. Une série de travaux ultérieurs étendit les résultats précédents à la surcharge graisseuse réalisée par la raréfaction de l'atmosphère, par la lipémie anémique, par l'intoxication phosphorée, confirmant cette donnée fondamentale que la formation d'une hépatite graisseuse est subordonnée à l'état de certaines parties du système nerveux. Reilly et Brocard (48) viennent de reprendre cette étude de façon systématique, en précisant le rôle de l'innervation hépatique dans la pathogénie des hépatites expérimentales. Ils ont injecté au contact des splanchniques droit ou gauche ou des nerfs du pédicule hépatique des dilutions faibles de substances toxiques diverses, et particulièrement d'huile phosphorée et d'alcool ; dans ces conditions ils ont obtenu des hépatites constituées par l'association en proportions variables de surcharge graisseuse, de dégénérescence cellulaire et de réaction réticulo-endothéliale. Ils ont ainsi apporté la preuve que non seulement la mobilisation des graisses périphériques et leur fixation dans le foie demande l'intégrité du système nerveux comme l'avait montré Wertheimer, mais qu'elle peut être réalisée sous l'influence d'une excitation directe du sympathique. Ces résultats se rapprochent d'eux-mêmes du fait clinique que nous avons établi au début de cette étude, qui est la fréquence de l'hépatite graisseuse au cours des tuberculoses péritonéales. Faut-il établir un lien entre l'apparition de la stéatose et la localisation abdominale des lésions, susceptible de permettre une action directe du bacille sur le pédicule hépatique ? Il faut dans ce cas remarquer que jamais Reilly et Brocard ne sont parvenus à obtenir une hépatite graisseuse par irritation mécanique simple, comme ils ont essayé de le faire par ligature nerveuse ou injection de substances non toxiques ; que toujours ils ont dû employer des substances toxiques (chimiques ou microbiennes) : ainsi, dans deux cas, la toxine diphtérique. C'est la toxine tuberculeuse qu'il faudrait donc ici incriminer, et la stéatose resterait encore une réaction « étiologiquement spécifique ».

Il semble enfin qu'il faille entièrement séparer le foie graisseux tuberculeux du groupe des hépatites de surcharge d'origine purement métabolique. Ce groupe, où l'on range depuis longtemps l'hépatomégalie du diabète, de la goutte et de l'obésité ainsi que certains gros foies d'origine alimentaire, s'est enrichi récemment d'une variété très particulière de surcharge décrite chez l'enfant par Debré (49) et ses collaborateurs [Mme Lamotte-Barillon] (50), sous le nom de *polycorie*. Sans doute hépatites graisseuses et polycories ont-elles un point commun important, qui est leur développement en dehors de tout élément inflammatoire local apparent, de toute réaction interstitielle. Mais là se borne leur parenté. La polycorie lipidique, décrite aussi sous le nom de stéatose massive du foie par Debré et Sémelaigne (51), et dont Grenet, Levent et Mourrut (52) ont rapporté un cas, se présente, en effet, comme une affection métabolique et constitutionnelle, où la surcharge du foie résume toute la maladie, et qui s'accompagne parfois d'un syndrome biologique constitué par l'existence d'hypoglycémie et l'absence d'hyperglycémie adrénalinique. Sans doute cette polycorie lipidique est-elle liée à un déséquilibre hormonal voisin de celui qui entraîne la polycorie glycogénique. Elle se sépare ainsi totalement de la stéatose du foie des tuberculeux.

*
**

L'hépatite graisseuse tuberculeuse apparaît donc, en définitive, comme une hépatomégalie de surcharge, une rétention de graisses, liée à l'accumulation dans le foie des multiples graisses pathologiques libérées par le bacille de Koch dans les tissus caséifiés, peut-être même pour une part des graisses constitutionnelles du bacille tuberculeux. Cette rétention graisseuse paraît liée à un trouble complexe du métabolisme des graisses où interviennent, sans doute à la fois, une insuffisance fonctionnelle de la cellule hépatique incapable de pousser assez loin l'oxydation et la désaturation des acides gras, une altération de la fonction lipopexique et lipodiérétique du poumon, et peut-être une action directe des toxines tuberculeuses sur l'innervation sympatique du foie. Cette stéatose réalise ainsi un trouble complexe de nutrition, différent dans son mécanisme des surcharges du type polycorique. Mais, comme elle est indépendante de tout élément inflammatoire ou irritatif local, elle reste un trouble nutritif qui s'oppose par son caractère fonctionnel à la dégénérescence vraie des cirrhoses graisseuses tuberculeuses.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Aubertin. *Th. de Bordeaux*, 1921-1922.
(2) Dehergne. *Th. de Paris*, 1937.
(3) Franck. *Th. de Paris*, 1937.
(4) Ameuille. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1920 [44], 102.
(5) Thiébaut et Dieryck. *Rev. de la Tub.*, 1932 [13], 256.
(6) Henning. *Journ. Biol. Chim.*, 1922 [53], 167.
(7) Erben. Cité par Wells et Long (39).
(8) Muggia. *Rif. Méd.* 1922 [38], 73.
(9) Aréna. *Rinasc. Méd.*, 1927 [21], 505.
(10) Zandren. *Acta Méd. Scand.*, 1921 [53], 743.
(11) Fiessinger, Albeaux-Fernet et Gajdos. *Ann. de Méd.*, 1933 [34], 101.
(12) Lœper, Perrault et Herrenschmidt. *Pr. Méd.* 1939 [47], 121.
(13) Achard et Lœper. *Précis d'Anat. Pathol.*, 1924 (Baillère).
(14) Letulle. *Anatomie Pathologique*, 1931 (Masson).
(15) V. Hoesslin. *Deut. Arch. Klin. Méd.*, 1883 [33], 600.
(16) Monceaux. *Rev. Tuberc.*, 1925 [6], 305.
(17) P. Hartley. Cité par Lambling. *Précis de Biochimie*, 1921 (Masson), p. 435.
(18) Fex. *Biochem. Zeitung*, 1920 [104], 82.
(19) Leathes. Cité par Lambling. *Précis de Biochimie*, 1921 (Masson), p. 435.
(20) Fahr. *Virchow's Arch.*, 1930 [275], 288.
(21) Gilbert et Surmont. *Paris-Méd.*, 1919 [31], 213.
(22) Cavazza. *Il Policlin.*, 1903 [10], 137 et suiv.
(23) Shibata. *Biochem. Zeitschr.*, 1911 [37], 345.
(24) Imrie. *Journ. Path. Bact.*, 1922 [25], 26.
(25) Goldberg. *Amer. Review. Tuberc.*, 1923 [8], 245.
(26) Calmette et Guérin. *C. R. Ac. des Sc.*, 8 mars 1909.
(27) Calmette. *Annales de l'Inst. Pasteur*, 1913 [27], 162 et 1919 [33], 60 ; *L'Infection Bacillaire*, 1920 (Masson).
(28) Joest et Emshoff. *Zeitsch für Inf. und Hyg.* 1911 [12], 4.
(29) Titze et Jahn. Cité par Calmette (26).
(30) Raymondi et d'Amato. *Prensa Méd. Argent.*, 1934 [21], 2149.
(31) Carnot et Libert. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1921 [45], 1101.
(32) Hammerschlag. *Zeit. Klin. Med.*, 1891 [12], 9.
(33) Aronson. *Berl. Klin. Woch.*, 1910 [35], 1617.
(34) Auclair et Paris. *Arch. de Méd. Exp.* 1907 [19], 129 et 1908 [20], 737.
(35) Frouin et Guillaume. *C. R. Soc. Biol.* 1923 [89], 319.
(36) Goris. *Ann. Inst. Pasteur*, 1920 [34], 497.
(37) Frouin. *C. R. Soc. Biol.*, 1921 [84], 606.
(38) Long et Campbell. *Amer. Review. Tuberc.*, 1922 [6], 636.
(39) Anderson. *Physiol. Reviews.*, 1932 [12], 166.
(40) Wells and Long. *The Chemistry of Tuberculosis*, 1932 (Baillière, Tyndall et Cox).
(41) Rosenthal. *Verhandl. deut. path. Gesellsch.*, 1889 [2], 440.
(42) Chaussé. *Zieglers Beitr.* 1900 [28], 461.
(43) Bossart. Cité par Schmoll. *Deutsch. Arch f. Klin. Med.* 1904 [81], 163.
(44) Corper. *Journ. Infect. Dis.*, 1912 [11], 373.
(45) Dragstedt in Raimbert. *Paris Médical*, 1941 ; Lœper. Leçons de path. digestive, 2e série et Lesobre. *Thèse de Paris*, 1938.
(46) Roger et Binet. *Bull. Ac. Méd.*, 1921 [86], 129 ; *Pr. Méd.*, 1922 [26], 277 ; *Rev. Méd.*, 1925 [1], 1.
(47) Wertheimer. *Pflüguers Arch.*, 1926 [213], 262.
(48) Brocard. *Th. de Paris*, 1937.
(49) Debré, Sémelaigne et Gilbrin. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1938 [54], 590.
(50) Mme Lamotte-Barillon. *Th. de Paris*, 1940.
(51) Debré et Sémelaigne. *Pr. Méd.*, 1930 [38], 1742.
(52) Grenet, Levent et Mourrut. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1932 [30], 398.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Le paludisme chez l'enfant

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Le paludisme n'est pas exceptionnel chez l'enfant. On en connaît même un certain nombre de cas chez le nourrisson. Il doit donc être connu du praticien. D'autant que, par suite des brassages de populations, de la facilité sans cesse croissante des communications, il n'est plus, comme il l'a été longtemps, l'apanage des zones tropicales, mais peut aussi s'observer dans les régions tempérées.

Rien à dire de spécial sur son *étiologie*, si ce n'est que, dans ces dernières années, on a rapporté quelques cas (P. Nobécourt et ses élèves) où il reconnaissait pour cause une transfusion sanguine, le donneur étant un paludéen méconnu.

Plus intéressante est son *étude clinique*. Avec MM. Kruimel et Signal, avec MM. Paisseau et Jean Hutinel, nous distinguerons trois formes de paludisme infantile :

Paludisme congénital. — La maladie exerce, sur la natalité, une influence désastreuse, qu'expliquent de nombreuses raisons : diminution du nombre des conceptions, liée elle-même à l'affaiblissement, chez les parents, de la *potentia cœundi*, diminution du nombre des naissances, par le fait des avortements ou de la naissance avant terme d'enfants non viables, avortements et accouchements prématurés étant beaucoup moins dus à la quinine qu'à l'imprégnation maternelle par le paludisme, mortalité élevée du nouveau-né et du nourrisson, presque tous atteints de débilité congénitale, etc. On a même signalé des cas de dystocie due à la splénomégalie du fœtus (Calhogeru).

Paludisme des nourrissons. — Bien qu'il existe quelques cas indiscutables de *paludisme congénital*, les cas les plus fréquents concernent des nourrissons chez qui l'affection est *acquise*. Trop souvent, alors, elle est méconnue. Ne note-t-on pas des troubles tant généraux : hypotrophie, athrepsie, que locaux : diarrhée, anorexie, érythème fessier qui lancent le médecin sur une fausse piste. A lui d'avoir l'attention attirée sur quelque symptôme particulier : splénomégalie considérable, fièvre continue ou rémittente, etc. Le plus souvent, la maladie se termine par la mort, parfois liée à l'apparition d'un accès pernicieux.

Le paludisme de l'enfant passe par les trois phases classiques :

Paludisme de première invasion, qui dure plusieurs semaines et peut affecter les types les plus divers : malaises fébriles, la fièvre commençant vers la fin de la matinée pour céder le soir ; embarras gastrique fébrile ; fièvre continue palustre qui se différencie de la fièvre typhoïde par des oscillations de plus grande amplitude et des rémissions de moindre durée ;

Période des rechutes, au cours desquelles surviennent des accès quotidiens peu nets, bientôt compliqués de spléno-hépatomégalie ;

Accès intermittents classiques, du type tierce ou quarte ;

Paludisme chronique, fatal si l'enfant continue à vivre dans un pays contaminé et qui se caractérise par une *cachexie* dont les principaux éléments sont l'amaigrissement, la spléno-hépatomégalie, l'arrêt de développement, l'apyrexie.

C'est à cette période que se produisent les *complications* : anasarque, syndromes anémiques, diarrhée profuse, hémorragies, infections et pigmentations cutanées, rupture de la rate. Non exceptionnel, l'accès pernicieux se manifeste, selon les cas, par des réactions méningées (Porot, Le Faucheux), des phénomènes chlolériformes ou algides liés à une surrénalite (G. Paisseau et H. Lemaire), par des accès pulmonaires (Laveran).

Le diagnostic mérite attention. Sans doute les éléments étiologiques et cliniques permettent souvent de l'établir, de même que la constatation d'une lymphocytose sanguine marquée (H. Vincent, Billet). Chez le nourrisson, la maladie est souvent prise pour une gastro-entérite banale. Il faudra donc, dans les cas suspects, rechercher d'une part, l'hématozoaire dans le sang, de l'autre, procéder à la réaction d'Henry. Point n'est toujours besoin, d'ailleurs, de recourir au laboratoire. Chez un nourrisson de notre service, qui nous arrivait après avoir été soigné depuis des mois pour une gastro-entérite chronique, et qu'on avait mis aux médications les plus variées : ferrugineuse, arsenicale, vitaminées, nous avons été frappés, avec mon interne d'alors, M. Livieratos, de l'existence d'une énorme rate et d'accès fébriles revenant régulièrement tous les trois jours. L'examen du sang, effectué par M. Marcais, montra la présence indiscutable, dans le sang, de parasites du type *Plasmodium vivax*. Restait à savoir comment l'enfant avait été infecté. Notre enquête nous apprit qu'il vivait, avec ses parents, dans une caserne que fréquentaient de nombreux coloniaux, et on peut supposer qu'il avait été inoculé par un *Anopheles* ayant piqué un de ces coloniaux. Sans doute, pourra-t-on objecter que ces anciens paludéens, ayant quitté les pays chauds depuis des années, ne sont plus contagieux. Rien de moins sûr ! Il faut compter, en effet, avec la parthénogénèse des gamètes qui, comme le font remarquer MM. Paisseau et J. Hutinel, explique les réveils de l'infection à longue échéance et joue un rôle très important dans la chronicité de la maladie.

Reste la question, si importante, du traitement.

Prophylactique, il consiste dans la quinisation préventive de la mère et de l'enfant.

Curatif, il utilise :

La quinine, schizonticide dans les trois formes parasitaires : type *Pl. praecox* (fièvre tropicale ou maligne) ; *Pl. vivax* (tierce bénigne) ; *Pl. malariae* (fièvre quarte) mais seulement gamélicide dans la tierce, bénigne dans la quarte, aux doses de 0 gr. 15 par jour et par année d'âge, en poussant jusqu'à 0 gr. 50 dans les trois cas suivants : fièvre de première invasion, accès pernicieux, formes quinio-résistantes. Elle sera donnée par la bouche sous forme de tannate en tablettes (Celli). On lui substitue souvent l'*euquinine* ou *aristoquine*, infiniment moins amère, et qui se prescrit à doses doubles. La seule précaution à prendre avec *l'aristoquine*, est de la dissoudre dans un peu d'eau sucrée, et de n'employer en aucun cas comme solvant les solutions acidulées (citronnade) qui la décomposent.

Le traitement sera continué deux mois tous les jours, puis les mois suivants, seulement deux jours par semaine.

L'arsenic, par voie buccale : stovarsol ; ou intramusculaire, sous forme de sulfarsénol ou d'acétylarsan ;

La *præquine* ou *plasmoquine*, dérivée de la quinoléine, deux centigrammes par jour, de 4 à 10 ans ; un centigramme au-dessous de 4 ans, en comprimés, à prendre cinq jours de suite, puis quatre, après un arrêt de cinq. Suspendre en cas de cyanose.

L'*atébrine* ou *quinacrine*, dérivée de *l'acridine*, en comprimés de 0 gr. 10 à prendre aux repas : 1 à 2 par jour au-dessus de 8 ans.

Quinine et arsenic peuvent être associés. Le *quinio-stovarsol* se présente sous forme de comprimés de 0 gr. 25. 1 à 3 par jour, dix jours de suite. S'arrêter cinq jours, puis reprendre.

On peut aussi associer præquine et quinine, en prescrivant des comprimés (plasmoquine composée) contenant un centigramme de la première pour 0 gr. 125 de sulfate de quinine, aux mêmes doses que la præquine.

Le *traitement adjuvant* comporte l'usage de fer, de kola, de vitamines, une bonne alimentation, et, si possible, pour les coloniaux, un changement de climat.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 18 aout 1941

Essai de diagnostic différentiel des bactéries du groupe coli-typhique au moyen de la réaction du plomb sur milieux synthétique à l'hyposulfite de soude ou à la cystine. — MM. A. Sartory et J. Meyer.

Séance du 25 aout 1941

Notice nécrologique sur M. Paul Sabatier (de Toulouse), par M. Hyacinthe Vincent, président de l'Académie des Sciences.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN
(Sections de médecine et de biologie)

Séance du 9 mai 1941

Utilisation du pneumopéritoine comme complément collapsothérapique d'une alcoolisation du nerf phrénique d'emblée inefficace. — MM. G. Giraud, A. Balmès et P. Laporte. — Etapes thérapeutiques successives suivies chez un malade qui présentait une lésion apicale droite, traitée par un pneumothorax très efficace, et une caverne du lobe inférieur gauche, sur laquelle un pneumothorax, puis une alcoolisation du phrénique, étaient restés sans action. Par contre, le pneumopéritoine a permis la cicatrisation rapide de cette cavité, en provoquant l'ascension du diaphragme et par suite la détente statique, que la phrénialcoolisation n'avaient pas réalisées.

Il faut souligner le temps remarquablement court qu'a mis le pneumopéritoine à réaliser la coalescence des parois de la caverne, — souligner aussi la tolérance simultanée parfaite d'un pneumothorax bilatéral et d'un pneumopéritoine.

Ectodermose bulleuse à type pleuriorificiel. Bactériémie à streptocoque hémolytique. — MM. M. Janbon, R. Kohn, J. Chaptal et R. Bosc. — Observation de cette variété d'érythème polymorphe pour laquelle l'un des auteurs a proposé la dénomination d' « ectodermose bulleuse ». La symptomatologie était à prédominance muqueuse, avec atteinte sévère de la bouche, du nez, des conjonctives et du gland, réalisant au début la forme décrite par N. Fiessinger sous le nom d' « ectodermose érosive pluriorificielle » ; l'apparition secondaire d'éléments cutanés érythémato-bulleux vint compléter le tableau. Une hémoculture (en bouillon et en milieu anaérobie) permit d'isoler un streptocoque hémolytique ; il s'agissait vraisemblablement d'une bactériémie transitoire.

Pandicardite rhumatimale grave. Restitution ad integrum des signes physiques après traitement salicylé intraveineux poursuivi sans interruption pendant 43 jours. — MM. M. Janbon, R. Broca, R. Kohn et Mlle Girard.

Encéphalite à forme corticale au cours d'une infection paratyphique A chez un nourrisson de 7 mois. — MM. M. Janbon et F. Costecalde.

Tumeur cutanée inguinale d'origine hodgkinienne. — MM. J. Margarot, P. Rimbaud, J. Ravoire et A. Delmas. — Début par des adénopathies inguinales bilatérales. Apparition un an plus tard, dans l'aine gauche, d'une tumeur du volume d'une mandarine régulièrement hémisphérique, formation de trois ulcérations à bords godronnés. Apyrexie. Histologiquement : granulome extrêmement polymorphe, cellules de Sternberg et surtout éosinophilie locale considérable qui s'oppose à la discrétion de l'éosinophilie sanguine (1 p. 100).

Erythrocyanose susmalléolaire unilatérale. — MM. J. Margarot, P. Rimbaud, J. Ravoire, P. Sentein et A. Delmas.

Etat fébrile de longue durée avec monocytose sanguine chez un nourrisson de cinq mois. Les limites de l'adeno-lymphoïdite bénigne. — M. J. Chaptal et Mlle M. Labraque-Bordenave.

Un cas de syndrome tumoral de l'angle ponto-cérébelleux d'origine syphilitique. — MM. H. Viallefont et J. Chaptal.

Pemphigus congénital à kystes épidermiques. — MM. J. Margarot, P. Rimbaud, J. Ravoire et A. Delmas. — Des poussées thermiques ont coïncidé ici avec l'apparition de nouvelles bulles sur la peau ou les muqueuses. Histologiquement, la continuité du revêtement des kystes avec l'épiderme a été mise en évidence par les auteurs qui considèrent ces micro-kystes comme des invaginations dermiques anormalement dilatées de l'épiderme. Ils éliminent leur origine sudoripare.

Septicémie à staphylocoques d'origine traumatique traitée avec succès par le sulfamidothiazol (2090). — MM. G. Giraud, J.-M. Bert et B. Pariselle. — Observation, chez un homme de trente ans, d'une septicémie à staphylocoques dorés confirmée par deux hémocultures successives. Une plaie infectée du pied en a été la porte d'entrée. Etat général grave. Epanchement pleural louche aseptique. L'administration de 23 gr. 50 de sulfamidothiazol en deux séries a complètement réduit les accidents.

Arthropathie gonococcique très aiguë du genou avec présence de gonocoques dans l'exsudat articulaire. Pyretothérapie par injection endoveineuse de vaccin antigonococcique dilué. Sédation immédiate et guérison rapide. — MM. G. Giraud, J.-M. Bert et Mlle L. Bougarel. — Cette observation tire son intérêt, d'une part, de la présence de gonocoques dans l'exsudat articulaire, d'autre part, de l'action locale et générale remarquablement rapide de la thérapeutique par le choc spécifique. Une détente presque brutale — en quelques heures — de cette arthrite très aiguë et douloureuse avec forte tuméfaction a été obtenue à la suite de l'injection endoveineuse de 1/20e de cm³ de vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur. Le choc avait été intense. Une légère reprise locale secondaire s'est éteinte après quelques autres injections suivies d'un choc moindre.

Cancer broncho-pulmonaire à forme suppurative et atélectasique. Evolution très prolongée. — MM. G. Giraud et J.-M. Bert. — Le cancer broncho-pulmonaire peut être de très longue durée : l'observation rapportée est celle d'un malade qui a été suivi pendant près de quatre ans. Son affection a pris le masque clinique d'une suppuration broncho-pulmonaire torpide, le masque radiologique d'une atélectasie, jusqu'au jour où une biopsie pratiquée par bronchoscopie directe a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma malpighien baso-cellulaire très infiltrant. L'examen de l'expectoration n'a jamais donné de renseignement utilisable. La ponction aseptique avait ramené un exsudat grisâtre contenant du streptocoque. L'état général est demeuré bon jusqu'au stade terminal de l'évolution.

Epilepsie sénile non convulsive. — M. J.-M. Bert. — Relation d'une observation d'épilepsie survenue après 70 ans et caractérisée par des absences simples ou des absences avec chute brusque sans mouvements convulsifs. Le reprise de conscience est aussi soudaine que sa suppression ; l'amnésie est complète. L'auteur rapproche ces accidents des attaques statiques observées dans l'épilepsie extra-pyramidale.

THÈSES DE PROVINCE (1)

THESES DE MEDECINE DE BORDEAUX

Année scolaire 1939-1940

Doctorat d'Etat : 128, numérotées de 1 à 126 inclus + un numéro 93 bis + une thèse non numérotée.

Doctorat d'Université : 6, numérotées de 307 à 312 inclus.

Total : 134 noms.

No 105. — ALBIENTZ. — *Contribution à l'étude de l'étiologie des psychoses observées au début de la guerre.*

No 46. — AUDOIT. — *La forêt landaise et son rôle en thérapeutique.*

No 99. — AURIAC. — *Contribution à l'étude de la télécuriethérapie du cancer du col utérin.*

No 19. — BARRAUD. — *Action du climat du littoral aunisien sur l'asthme infantile.*

No 63. — BARTH. — *Etude statistique des hystérectomies pour lésions annexielles.*

No 120. — BAUD. — *Contribution à l'étude de la sulfamidothérapie dans les maladies infectieuses.*

No 12. — BAYLE (Jean-Henri). — *Le traitement de l'incontinence d'urine par les extraits de thymus.*

No 50. — BAYLE (Michel-Jean-Marie). — *Les fondateurs de la doctrine française de l'aphasie.*

No 82. — BECK. — *Contribution à l'étude de la mécanique respiratoire et des mouvements de la cage thoracique.*

No 55. — BÉLANGER. — *Un médecin français au Maroc, en 1880 : le Dr Fernand Linares.*

No 34. — BENTZ. — *Contribution à l'étude de la formule sanguine dans les grossesses extra-utérines rompues.*

No 15. — BERGER. — *Les dermatomyosites.*

No 81. — BERNAUD. — *Réflexions sur la loi de 1838 concernant le régime des aliénés.*

No 60. — BERNET. — *Contribution à l'étude du traitement des troubles angiotrophiques du membre inférieur par la résection du sympathique lombaire.*

No 47. — BOBÉ (Mme), née Revers. — *Contribution à l'étude du placement familial des aliénés. Les asiles colonies dans quelques pays étrangers : Belgique, Suisse, Allemagne, Etats-Unis d'Amérique.*

No 66. — BONNET. — *L'endémie typho-paratyphoïdique en France, période 1932-1935.*

No 124. — BOQUET. — *Sur deux cas de fracture de l'épine tibiale.*

No 51. — BOURDET. — *Contribution à l'étude de l'action favorable de la folliculine chez les prématurés administrée par voie buccale.*

No 119. — BOUTY. — *Contribution à l'étude de la luxation intrapelvienne de la tête fémorale.*

No 39. — BRAICHOTTE. — *Le tubage et le lavage des bronches dans la tuberculose pulmonaire.*

No 57. — BRIDOUX. — *Le diagnostic de la vie extra-utérine sur le cadavre de l'enfant nouveau-né.*

No 54. — BROCHE. — *Les kystes de l'utérus.*

No 110. — BROUSSEAUD (Mlle). — *Les lésions vasculaires dans leurs rapports avec la gangrène gazeuse.*

No 75. — BUCHHEIM. — *Abcès fistulés au périnée dans la tuberculose de la prostate.*

No 85. — BUZY. — *Contribution à l'étude des chéloïdes et de leur traitement physiothérapique.*

No 109. — CARALP. — *Contribution à l'étude de la cicatrisation des plaies par la vitaminothérapie locale (vitamines A et D) à l'aide de vitamines naturelles.*

No 26. — CARRÈRE. — *La corporation médicale.*

No 27. — CAZENABE. — *Considérations sur l'intervalle lucide.*

No 87. — CAZENAVE-MAHÉ. — *Contribution à l'étude des ulcères simples du bord mésentérique de l'intestin grêle.*

No 41. — CHAUVIN. — *Considérations sur les luxations traumatiques de la hanche et leur pronostic.*

No 16. — CRABIT. — *La perforation spontanée des voies biliaires chez l'enfant.*

No 62. — DAGRENAT. — *Les fractures pathologiques au cours de la paralysie infantile.*

No 107. — DARAIGNEZ. — *Les injections intra-artérielles de mercurochrome dans les infections des membres.*

No 112. — DARJO. — *Les opérations dans la sclérodermie.*

No 29. — DEBÈGUE. — *Statistique des amputations de cuisse (service de Clinique Chirurgicale du Prof. Guyot).*

No 45. — DEGUDE. — *Sur quelques cas de cancer de la verge traités par la curiethérapie.*

No 72. — DELAUNAY. — *Contribution à l'étude de la pathogénie du choc traumatique.*

No 32. — DELAURIÈRE. — *Etude des accidents cardiaques dans l'évolution de la goutte.*

No 52. — DELBOS. — *La dune. Station climatique scolaire de la ville de Bordeaux.*

No 43. — DELOS. — *Contribution à l'étude physique du sang conservé à la glacière.*

No 100. — DEMPTOS. — *Traitement des anthrax volumineux.*

No 56. — DESCHAMPS. — *Les réactions post-vaccinales du T. A. B.*

No 38. — DIARD. — *Contribution à l'étude de l'intoxication alcoolique chez les malades des hôpitaux.*

No 49. — DORRIOTZ. — *Utilisation de l'os mort humain conservé en chirurgie orthopédique de reconstruction.*

No 1. — DUCELLIER. — *La teneur en sulfamide du lait maternel au cours du traitement préventif de l'infection puerpérale.*

No 78. — DUIZABO. — *Reposition transcutanée au poinçon des fractures diaphysaires irréductibles par la manœuvre du levier « démonte-pneu ».*

No 117. — DURAND (Eugène). — *Examen de deux ovaires féminins prélevés à la fin de la grossesse. Considérations sur leur valeur hormonale* (Thèse soutenue à Montpellier, porte le no 128 des thèses de Montpellier).

No 53. — DURAND (Maurice-Charles). — *Contribution à l'étude du traitement des luxations. Fractures des cinq dernières vertèbres du rachis cervical.*

No 40. — DURRIEU. — *Contribution à l'étude de la fatigue et de l'entraînement chez les sportifs.*

No 44. — DUVAL. — *Sur quelques cas de néoplasmes œsophagiens traités par la rœntgenthérapie à très haut voltage.*

No 5. — ELICHIRY. — *Contribution à l'étude des cellulites diffuses du plancher de la bouche du type angine de Ludwig.*

No 95. — FALLOT. — *Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement du pemphigus bulleux chronique grave.*

No 79. — FIMBEL. — *Sur la situation des maladies mentales.*

No 125. — FOUCAULT (Mlle). — *Les indications des opérations complémentaires sur les pneumothorax incomplets.*

No 77. — FRANK. — *Le traitement des orchi-épididymites aiguës par les infiltrations du sympathique lombaire.*

No 31. — FUMERON. — *Contribution à l'étude des rapports existant entre la déficience de la vitamine C et les maladies rhumatismales.*

No 91. — GAURAUD. — *Contribution à l'étude des applications du titane et de certains de ses sels en thérapeutique.*

No 70. — GAY. — *Etude des grands kystes géants de l'ovaire.*

No 59. — GIRY. — *Le service de santé et l'hygiène au camp de Gurs.*

No 42. — GRISCLON. — *Contribution à l'étude des luxations et fractures de l'épaule.*

No 10. — HAMART. — *Contribution à l'étude de l'épreuve de saturation en vitamine C.*

U. 312. — HARTH. *Les traitements actuels des verrues plantaires.*

No 14. — HENTY. — *Contribution à l'étude de la maladie de Lobstein.*

No 96. — IRIART. — *L'héliothérapie dans l'enfance et le rôle du médecin.*

No 9. — JOLLES. — *Contribution à l'étude des rapports entre l'appendicite aiguë et la péritonite tuberculeuse.*

U. 308. — JUNICK. — *Sur un cas d'éclampsie post-césarienne.*

No 65. — KRAFFT. — *Deux cas d'hémogénie traités par la radiothérapie.*

U. 311. — KURCHIN. — *Résultats du dosage hormonal selon les formes anatomo-pathologiques des cancers du testicule.*

No 36. — LABARBE. — *Importance biologique et médicale de l'index lipo-albuminique de Machebœuf et Wahl dans le diagnostic de la néphrose lipoïdique.*

No 69. — LABAYLE. — *Considérations générales sur le traitement chirurgical de la ptose gastrique et sur ses indications.*

No 2. — LAFITTE. — *L'importance biologique et médicale des cénapses lipido-protéidiques. Leur rôle dans certaines lipémies.*

No 121. — LAFON. — *Le traitement des septicémies puerpérales.*

No 103. — LAGARDE. — *Les signes électriques coraniens. Applications au diagnostic de l'angor et de l'infarctus.*

No 48. — LAGARDÈRE. — *Contribution à l'étude du traitement des ulcères des jambes.*

No 18. — LAMOU. — *Les procédés d'immobilisation des fractures du massif facial supérieur.*

No 118. — LAPARRE. — *Les mauvais pneumothorax.*

No 114. — LAVERGNE (Mme), née Poindessault. — *Hémorragies des hépatiques. Taux de prothrombine et vitamine K.*

No 88. — LE BARILLEC. — *Des artères polaires inférieures dans la constitution des hydronéphroses congénitales.*

No 111. — LÉGER. — *Contribution à l'étude des myélomes. Etude de la moelle osseuse. Intérêt de la trépano-ponction sternale.*

No 90. — LESTERLIN. — *Quelques observations de transfusion du sang en clinique chirurgicale.*

No 116. — LÉVY. — *Etude des brulûres étendues.*

U. 307. — LIPPA. — *Le traitement des synovites tuberculeuses du poignet.*

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 1941, Marseille nos 63-64, Montpellier nos 69-70, Hanoï nos 71-72, Nancy nos 73-74.

N° 126. — Marc (Mme), née Schrader (Louise-Marie). — *Le livret sanitaire individuel. Sa réalisation à Bordeaux en 1929.*

[Non numérotée] Marc (Cécile-Hélène-Claire) [Mlle]. — *Traitement du syndrome toxique cholériforme du nourrisson par les instillations intraveineuses continues.* (Etudiante de la Faculté de Paris ayant soutenu sa thèse à Bordeaux.) Cette thèse porte le n° 14, de 1941, des thèses de Paris.

N° 74. — Marcard. — *La verrue plantaire. Moyens de traitement.*

N° 73. — Martel. — *Les réflexes conditionnels. Leurs rapports avec l'immunité.*

N° 113. — Martin. — *Considérations sur l'identification des pneumocoques et leurs groupes.*

N° 101. — Maurin. — *De l'anesthésie chez les blessés gazés.*

N° 6. — Meigné (Louis-Gérome-Jean-Lucien). — *Contribution à l'étude des syndromes de Landry post-sérothérapiques.*

N° 93 bis. — Meigné (Pierre-Robert-François-Jean). [Sans titre.]

N° 3. — Meulet. — *Cancer du sein chez la femme.*

U. 310. — Miloradovitch. — *Le tubage duodénal dans les ulcères du duodénum.*

N° 22. — Monnet. — *Prolapsus génitaux après amputation périnéale du rectum.*

N° 106.— Moschkowitz. — *Tuberculose et grossesse (tuberculose osseuse, laryngée, viscérale).*

N° 8. — Moura. — *Les hernies étranglées de 1933 à 1939.*

N° 108. — Muret. — *Contribution au diagnostic pyélographique du cancer du rein.*

N° 97. — Neurisse. — *Recherches sur les variations de la colonne cervicale et de ses connexions avec la base du crâne.*

N° 61. — Nury. — *L'anesthésie rachidienne à la percaïne.*

N° 35. — Paluteau. — *Contribution à l'étude des contusions herniaires.*

N° 122. — Parlange. — *Les conceptions actuelles sur la transmission de l'influx nerveux.*

N° 67. — Pasco. — *Organisation sanitaire d'une exploitation minière au Maroc.*

N° 37. — Pasturaud. — *Documents pour l'étude de l'action de la C vaccinothérapie dans divers syndromes hémorragiques.*

N° 24. — Pernot. — *Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des péritonites puerpérales.*

N° 33. — Pétriat. — *La précocité de l'intervention dans le traitement des pleurésies purulentes aiguës chez l'enfant.*

N° 115. — Pilorgé. — *Considérations sur la ration alimentaire du soldat.*

N° 28. — Pitous. — *Le traitement des phlébites par la cure hydro-minérale de Barbotan-les-Thermes (Gers). Etude clinique, biologique et physiothérapique.*

N° 89. — Poinot. — *Les cancers de la grosse tubérosité de l'estomac.*

N° 68. — Pujo. — *Les premiers résultats de la rœntgenthérapie ultra-pénétrante avec le tube C. G. R. K. à vide entretenu par pompe.*

N° 98. — Pujol. — *Infestation des tranchées par les rats. Procédés actuels de dératisation.*

N° 4. — Pujos. — *Contribution à l'étude des kystes hydatiques musculaires.*

N° 94. — Raymond. — *Sur deux observations de tumeur de Krukenberg.*

N° 71. — Renaud. — *Les parotidites post-opératoires.*

N° 123. — Ringenbach. — *Problèmes relatifs à la transfusion sanguine.*

N° 21. — Rochet. — *Contribution à l'étude clinique de la goutte.*

N° 80. — Roehrig. — *Qu'est-ce que le déséquilibre mental?*

N° 64. — Rohmer. — *Etude statistique sur la mortalité par tuberculose dans les trois départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle pendant les années 1934, 1935, 1936, 1937, 1938.*

N° 20. — Role. — *Contribution à l'étude de la radiophotographie.*

N° 84. — Rousset. — *Luxations acromio-claviculaires.*

N° 76. — Ruch. — *Les phlegmons gangréneux consécutifs aux injections iodées dans le traitement de l'hydrocèle.*

N° 92. — Saint-Calbre (Mlle). — *La gestation et l'accouchement chez les obèses.*

N° 58. — Salmon. — *Contribution à l'étude des états passionnels.*

N° 23. — Sautarel. — *Les phlegmons périnéphrétiques bilatéraux.*

N° 104. — Schmidt. — *Le déséquilibre hydro-minéral dans la maladie d'Addison.*

N° 13. — Senescal. — *Les asthmes mortels.*

N° 86. — Soufron. — *Etude fonctionnelle du rein ptosé avant et après la néphropexie.*

N° 30. — Soulier. — *Emploi de la dynasepsie dans le traitement des abcès du sein.*

N° 25. — Souterbicq. — *Contribution à l'étude des variations de la teneur en polypeptides du sang conservé.*

U. 309. — Spunberg. — *Prolapsus utérins irréductibles.*

N° 11. — Touzet. — *Traitement de la maladie de Paget par le gluconate de calcium et la vitamine D.*

N° 17. — Valentini. — *Endométriome sigmoïdien.*

N° 93. — Wagner (Mme), née Hochstetter. — *Contribution à l'étude de la fistule gastro-jéjuno-colique consécutive à l'ulcère peptique de l'estomac et du jéjunum.*

N° 7. — Wolff. — *Contribution à l'étude des complications mortelles de l'avortement.*

N° 102. — Zoghbi. — *Les différents types morphologiques de la colonne lombaire chez l'homme adulte.*

N° 83. — Zozol. — *Revue générale de l'intoxication benzolique professionnelle.*

Année scolaire 1940-1941

Doctorat d'Etat : 31, numérotées de 1 à 30 inclus + une thèse non numérotée : M. Creusat (de la Faculté de Nancy).

Doctorat d'Université : 2, numérotées 313 et 316.

Total : 33 noms + 1 non numéroté.

N° 25. — Andriamasy. — *L'avitaminose B_1 chez l'enfant, particulièrement dans la polynévrite diphtérique.*

N° 27. — Auvinet. — *Aspect psychologique d'Arthur Rimbaud.*

N° 9. — Bagau. — *Contribution à l'étude du potentiel et de l'ionisation atmosphérique de quelques plages de l'océan Atlantique.*

N° 3. — Bentégeat. — *Le sang dans le rachitisme.*

N° 28. — Benzaied. — *Psychoses de ravitaillement.*

N° 5. — Brousse. — *Contribution à l'étude de la voie médiane sous-péritonéale dans l'extraction des calculs pelviens.*

N° 6. — Burger. (Mme), née Mangeot. — *Sur quelques cas de hernie de la ligne semi-lunaire.*

U. 316. — Bu3nig (Mme), née Grubsztajn. — *Contribution à l'étude des rapports entre la maladie kystique de Reclus et le cancer.*

Creusat. — *Le scoutisme des malades et des infirmes.* (Etudiant de la Faculté de Nancy ayant soutenu sa thèse à Bordeaux. Cette thèse n'a été numérotée ni par Bordeaux, ni par Nancy.

N° 21. — Dhérys. — *Les variations des maladies et leurs causes.*

N° 1. — Fagart. — *L'apoplexie du testicule par choc d'intolérance.*

N° 14. — Faure. — *Torticolis oculaire et équilibre.*

N° 12. — de Fornel. — *La sulfamidothérapie dans les colibacilloses.*

N° 20. — Franc. — *Contribution à l'étude de la synergie utéro-ovarienne : aménorrhée après curettage.*

N° 11. — Glaunès (Mme), née Charles. — *Essais expérimentaux d'un extrait hépato-pyloro-gastrique.*

N° 18. — Gosset (Mlle). — *L'encéphalopathie addisonienne.*

N° 10. — Jousset. — *Statistique homogène de 39 laparotomies pour tuberculose génitale de la femme.*

U. 313. — Krinski. — *La technique rapide des hystérectomies totales pour cancer du corps ou fibrome compliqué.*

N° 7. — Laborde. — *Considérations sur les utérus doubles et leurs indications opératoires.*

N° 16. — Lefort. — *Contribution à l'étude radiologique du bulbe duodénal cliniquement sain.*

N° 26. — Lefranc. — *Radiologie après gastro-entérostomie et gastrectomies non compliquées.*

N° 17. — Le Gallen. — *Contribution à l'étude d'un village moderne.*

N° 13. — Oudet. — *Contribution expérimentale à l'étude critique de la théorie des anti-hormones.*

N° 4. — Paulin. — *Les couples stériles.*

N° 22. — Périé (Mlle). — *Traitement du zona ophtalmique par les sulfamides.*

N° 23. — Reboul. — *Recherches sur les cénapses lipido-protéidiques du sérum sanguin. Comportement des lipides dans l'électrophorèse.*

N° 24. — Rocher (Mme). — *Le redressement des scolioses par la méthode du Dr Christian Rocher.*

N° 15. — Rousseau. — *Contribution à l'étude de la chirurgie de l'hypertension artérielle.*

N° 8. — Sarrazin. — *Contribution à l'étude des accidents dus au diverticule de Meckel.*

N° 19. — Tereygeol. — *A propos de deux cas d'adénome multiple du foie chez l'enfant avec troubles du développement statural.*

N° 2. — Terral. — *Des éventrations avec le Mikulicz.*

N° 29. — Villatte. — *Contribution à l'étude des mycoses pulmonaires.*

N° 30. — Zudkawitz (Mlle). — *Contribution à l'étude de la puberté féminine.*

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 79-80. — 1-4 OCTOBRE 1941 114e ANNEE Le No 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
6 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR DE L'INTERNAT.

Le concours de *chirurgie et d'accouchement* s'ouvrira le jeudi 15 janvier 1942, à 9 heures, à la salle du Conseil de Surveillance, 3, avenue Victoria, deuxième étage.

Inscriptions au bureau du Service de Santé, de 14 à 17 heures, du mardi 4 au samedi 15 novembre 1941 inclusivement. Le mémoire prescrit devra être déposé au plus tard le 15 novembre 1941, à 17 heures, au bureau du Service de Santé.

Le concours de *médecine* aura lieu le lundi 19 janvier 1942, à 9 heures, dans la salle du Conseil de Surveillance, 3, avenue Victoria, deuxième étage.

Inscriptions au bureau du Service de Santé de 14 à 17 heures, du mardi 4 au samedi 15 novembre 1941. Le mémoire prescrit devra être déposé au plus tard le 15 novembre 1941, à 17 heures, au bureau du Service de Santé.

Préfecture du Département de la Seine. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE. — Un concours pour 21 places d'internes en médecine titulaires et la désignation d'internes provisoires des hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et de l'Hôpital Henri Rousselle (service de prophylaxie mentale), s'ouvrira à Paris, le 6 novembre 1941.

Le nombre des places mises au concours pourra si besoin est, ête augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine ; Service des Etablissements départementaux assistance, 1er Bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés ; de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 1er au 18 octobre 1941.

La durée des fonctions des internes est de deux ans ; celle des fonctions d'interne provisoire, d'une année.

— Un concours pour la nomination à une place de PHARMACIEN en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine ou de l'Hospice Paul Brousse, sera ouvert le 3 novembre 1941, à deux heures précises à l'Asile Clinique, rue Cabanis, no 1, à Paris.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, service des Etablissements départementaux d'Assistance, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de quatorze heures à dix-sept heures.

Le registre d'inscription sera ouvert du 3 au 15 octobre 1941 inclus.

Facultés de Médecine. — NOMINATION DES PROFESSEURS. — Les professeurs titulaires des facultés de médecine sont répartis, pour l'application de l'article 5 de la loi du 15 juillet 1941, en six groupes ci-après définis :

I. — Sciences anatomiques (anatomie, histologie, embryologie).

II. — Sciences physiologiques (physiologie, chimie physiologique, physique médicale).

III. — Pathologie médicale (pathologie interne, tuberculose,

pathologie digestive, dermatologie, pathologie vénérienne, pathologie exotique, neuropsychiâtrie et neurochirurgie, pédiatrie, maladies infectieuses, clinique du cancer).

IV. — Pathologie chirurgicale (pathologie externe, chirurgie gynécologique, infantile, urologique, opthalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, pathologie obstétricale).

V. — Sciences paramédicales (bactériologie, parasitologie, médecine expérimentale, anatomie pathologique).

VI. — Pratique médicale (hydrologie, hygiène, médecine légale, médecine sociale, pharmacologie, thérapeutique, électroradiologie).

Les professeurs titulaires des facultés de médecine (section pharmacie) sont répartis, pour l'application de l'article 3 de la loi du 15 juillet 1941, en deux groupes ci-après définis :

I. — Histoire naturelle pharmaceutique.

II. — Pharmacie, chimie générale, pharmaceutique et toxicologie.

Quelle que soit la nature de la chaire qu'ils occupent, les professeurs sont placés dans le groupe correspondant à l'agrégation dont ils ont subi les épreuves. Toutefois, les professeurs non agrégés sont placés dans le groupe auquel ressortit normalement la chaire dont ils sont titulaires.

Les professeurs placés dans un même groupe sont consultés par écrit lors de toutes les nominations visées aux articles 3, 4, 6, 7 et 9 de la loi du 15 juillet 1941. A cet effet, leur sont communiqués les noms des candidats qui se sont déclarés après l'avis de vacance de chaire.

Chaque professeur présente deux noms placés dans l'ordre de la préférence.

Le présent arrêté entrera en application à la date du 1er janvier 1942. (*J. O.*, 24 sept. 1941.)

Faculté de Médecine de Paris. — Anatomie pathologique. — Une série de révision aura lieu du lundi 6 octobre 1941 au mardi 14 inclus, tous les jours de 14 heures 30 à 16 heures 30, escalier C, salle des Travaux pratiques.

Cette série est destinée : 1° aux étudiants désireux de réparer leur échec à l'examen de juillet ; 2° aux étudiants qui auraient été empêchés d'accomplir leur scolarité au cours de l'année et qui ont obtenu le droit de se présenter à l'examen d'octobre. *Droits d'inscription : 50 francs.* Il est rappelé qu'une consignation de 50 francs est demandée pour la boîte de coupes ; cette somme est intégralement restituée à la fin de la série contre remise de la boîte intacte. Inscriptions au Laboratoire du Dr Busser, chef des Travaux.

— Une série supplémentaire de travaux pratiques de physique aura lieu *du* 6 *au* 14 *octobre* 1941. A cette série pourront s'inscrire : 1° Les étudiants dont les travaux pratiques n'ont pas été validés pour une raison quelconque (2e année) ; 2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en physique avant la session d'examens d'octobre.

Droits d'inscription : 150 francs. S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures.

Secrétariat d'Etat de la Famille et de la Santé. — M. le Dr Aujaleu, professeur agrégé du Val-de-Grâce, est nommé inspecteur général de la santé et de l'assistance en remplacement de M. le Dr Aublant, nommé récemment secrétaire général à la santé. (*J. O.*, 24 sept. 1941.)

La loi du 11 septembre sur l'exercice de la pharmacie. — Le « Journal Officiel » du 20 septembre 1941 publie, pages 4018 à 4024, la nouvelle loi qui remplace les deux textes du 25 avril 1777 et du 21 germinal an XI qui régissaient essentiellement l'exercice de la pharmacie.

Le titre I de la loi précise le privilège des pharmaciens et prévoit son inscription obligatoire à l'une des Chambres professionnelles.

Le titre II organise la profession et institue des Chambres départementales, un Conseil départemental et un Conseil régional comprenant des professeurs de faculté de pharmacie.

Des Chambres spéciales sont créées pour certaines catégories de pharmaciens. Enfin un Conseil supérieur de la pharmacie rassemble des délégués des diverses Chambres.

Le titre III réglemente la publicité. Le titre IV indique les règles de l'exercice de la pharmacie au détail (officine, remplacements, médecins propharmaciens), Le titre V édicte les lois auxquels sont soumis les grands établissements pharmaceutiques si proches de la grande industrie chimique.

Enfin, l'Inspection des pharmacies sera réalisée par des inspecteurs régionaux dont la création n'apportera aucune dérogation aux attributions des inspecteurs de la répression des fraudes.

Conseil supérieur de la Pharmacie. Sont nommés : Président, M. Louis Papillaud, à Paris. — Vice-président, M. François Prevet, à Paris. — Membres : MM. Blanc, à La Rochelle ; Pinte, à Bailleul ; Robert Chauvin, à Lyon ; Morin, à Génelard ; Costey, à Saint-Pierre-sur-Dives ; Graille, à Marseille ; Ydrac, à Bagnères-de-Bigorre ; Maurice Leprince, à Paris ; Beytout, à Paris ; Raymond Comar, à Paris ; Lantenois, à Paris ; Danjon, à Lille.

Chambre des fabricants de produits pharmaceutiques. — Sont nommés : Président, M. François Prevet. — Membres du Conseil : MM. Maurice Leprince, Barral, Pierre Poulenc, Cuny, Raymond Comar, Cazé, Tabart, pharmaciens, à Paris ; Plantier, pharmacien à Annonay ; Henri David, fabricant façonnier, à Courbevoie ; Vernin, fabricant façonnier, à Melun.

Conseil de la Chambre des droguistes en pharmacie et répartiteurs de produits pharmaceutiques. — Sont nommés : Président, M. Lantenois, pharmacien à Paris. — Membres du Conseil : MM. Octave Bailly, André Comar, Barbezat, Genot, pharmaciens à Paris ; Chareyron, pharmacien à Lyon ; Salmon, pharmacien à Melun ; Danjou, pharmacien à Lille ; Labussière, pharmacien à Marseille ; Gamel, pharmacien à Nîmes ; Lenain et Pouzin, pharmaciens à Paris.

Comité technique des spécialités. — Sont nommés : Membres du comité technique des spécialités : M. le professeur Goris, membre de l'Académie de Médecine ; M. le professeur Loeper, membre de l'Académie de Médecine ; M. le professeur Benard, professeur à la Faculté de Médecine de Paris ; M. le professeur Mauriac, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux ; M. le professeur Delaby, professeur à la Faculté de Pharmacie de Paris ; M. le professeur Mousseron, professeur à la Faculté de Pharmacie de Montpellier ; M. le docteur Gernez, membre du Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins ; M. le docteur Grenet, membre du Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins ; M. Pierre Poulenc, membre du Conseil de la Chambre des Fabricants de produits pharmaceutiques ; M. Louis Cuny, membre du Conseil de la Chambre des Fabricants de produits pharmaceutiques.

(*J. O.*, 20 sept. 1941.)

Le docteur Max Jayle grièvement blessé. — A la suite d'un accident de laboratoire survenu à l'Institut de Puériculture, M. le professeur agrégé Max Jayle a été grièvement blessé aux yeux. Nous adressons à notre confrère tous nos vœux bien vifs, et nous assurons son père, notre collègue F. Jayle, de notre profonde et affectueuse sympathie.

Nécrologie

Le Dr Maurice Marcille, chirurgien des Hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de Chirurgie, décédé à Solvins, près Pithiviers (Loiret).

— Le Dr Louis-Charles Bailleul, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1902), ancien chirurgien de l'Hôpital Bon Secours, chirurgien en chef de l'Hôpital américain de Neuilly, Officier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre 1914 et 1939, décédé à Paris.

— Le professeur Otfrid Foerster, l'éminent neuro-chirurgien de Breslau.

— Le Dr A. Hagen (de Plombières).

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

L'ORIENTATION DE LA MÉDECINE MODERNE (1)

par M. le Professeur Fernand Bezançon
Membre de l'Académie de Médecine

Quand on veut faire un tableau de l'évolution de la médecine, on dit volontiers qu'elle a passé par trois phases : une longue phase anatomo-clinique, une phase étiologique, une phase physiologique et pathogénique qui est la phase actuelle.

Il y a une grande part de vérité dans cette classification, mais il ne faut pas oublier que la méthode anatomo-clinique n'a pas cessé de porter ses fruits ; elle doit rester à la base de notre médecine moderne, mais seulement elle doit se transformer.

Le sillon tracé par Laënnec le jour où grâce à la découverte de l'auscultation, il a fait entrer de plus en plus dans la pratique médicale les techniques d'exploration physique, s'est agrandi. Grâce aux méthodes endoscopiques, grâce surtout à la merveilleuse découverte de Rœntgen, en 1895, la méthode anatomo-clinique s'est pour ainsi dire transformée et nous nous faisons aujourd'hui une conception toute différente de la maladie de celle qu'on s'en faisait autrefois.

La méthode anatomo-clinique du XIXe siècle permettait bien de saisir la physionomie exacte des maladies dans l'état aigu et il était facile dans les cas mortels de confronter aux symptômes observés pendant la vie les lésions constatées à l'autopsie ; elle ne permettait pas de se rendre compte de la nature des maladies chroniques, des néphrites, des cirrhoses du foie, du rhumatisme chronique, de la tuberculose pulmonaire même.

De ces maladies, le médecin d'autrefois ne connaissait que les aboutissements, les fins.

L'incurabilité de ces lésions tardives ne pouvait conduire qu'au scepticisme thérapeutique et jetait un discrédit sur la médecine.

Le grand progrès de la médecine moderne a été, grâce aux perfectionnements des techniques d'exploration, et à l'esprit nouveau apporté dans la médecine par le développement de la science, de se rendre compte des caractères de la maladie à ses stades initiaux et enfin de se faire de la maladie elle-même une conception moins statique, plus dynamique, plus évolutive.

L'emploi systématique des rayons X en pathologie respiratoire, pour ne prendre que cet exemple, n'a pas peu contribué à nous montrer les aspects précoces de la maladie et à toutes les phases de celle-ci, la physionomie mobile, changeante, de ce que l'on considérait autrefois comme des lésions indélébiles.

Un des grands progrès de la médecine contemporaine a été de se rendre compte que dans un très grand nombre de cas, les symptômes observés n'étaient que pour une part relativement faible en rapport avec la lésion constatée à l'autopsie, qu'il s'agissait, en réalité, de processus indirects. En pathologie artérielle et articulaire, Leriche a bien montré toute l'importance de ces réactions du système neuro-végétatif qui dépassent singulièrement par leur importance la lésion initiale, souvent minime, qui leur a donné naissance.

Ce sont ces lésions secondaires, et au fond accessoires, qui vont provoquer souvent de graves troubles fonctionnels et qui peuvent constituer à elles seules la maladie clinique. Il en est ainsi dans la maladie de Raynaud et dans les processus d'artérite des membres où il est démontré que la plupart des troubles causés par une oblitération artérielle dépendent moins du processus mécanique direct entraîné par celle-ci, que des phénomènes réflexes vaso-moteurs partis de la paroi artérielle distendue et irritée.

Il en est ainsi en pathologie respiratoire, comme l'ont montré les belles recherches de Villaret, Justin-Besançon, Delarue et Bardin, à l'occasion de leurs expériences sur le mécanisme pathogénique des infarctus. Ce sont les petites embolies pulmonaires et non les grosses qui vont produire la mort subite ; ce n'est pas l'arrêt de circulation dans un territoire déterminé qui va entraîner la mort mais les troubles vaso-moteurs que déterminent surtout les petites embolies à localisation périphérique.

Dans les cas d'hémoptysie chez les tuberculeux, comme je l'ai soutenu avec Jacquelin, comme l'ont montré récemment Jacob et Brocard, nous assistons à des phénomènes de même ordre ; l'hémoptysie, le plus souvent, n'est pas due à l'ulcération d'un rameau de l'artère pulmonaire, à un anévrysme de Rasmussen, mais à des phénomènes d'érythrodiapédèse qui peuvent se produire, soit au niveau des capillaires néoformés existant au sein des lésions scléreuses, soit même en parenchyme sain, à distance des lésions.

Une des caractéristiques de la médecine moderne a été aussi l'orientation nouvelle de l'anatomopathologie ; alors que l'anatomie pathologique ancienne était pour ainsi dire statique, elle est devenue de plus en plus dynamique, se consacrant à l'étude expérimentale des lésions créées par l'inoculation, soit de microbes, soit de substance protéinique, soit de substance chimique, au gré de l'expérimentateur, créant le symptôme morbide.

Le rôle de l'histopathologie dans le développement de l'endocrinologie moderne a été, on le sait, considérable, il suffit de rappeler que c'est grâce aux réactions produites chez la rate impubère à la suite de l'inoculation d'urine de femme enceinte qu'on peut faire un diagnostic de grossesse. Il suffit de rappeler toutes les belles expériences basées sur des constatations histopathologiques à la suite de l'inoculation des extraits glandulaires.

Dans le domaine clinique, la tendance a été de plus en plus à la suite de Widal, me s'évader de la conception anatomique organicienne et suivant ainsi les directives de Claude Bernard, de ramener la médecine au penser physiologique, de substituer, le plus possible, la notion de trouble fonctionnel à celle de maladie.

La conception moderne des néphrites apportée par Widal et ses collaborateurs est un des exemples les plus typiques de cette évolution. A la classification ancienne, néphrite parenchymateuse et interstitielle, s'est substituée la conception d'une série de syndromes tel que le syndrome de rétention chlorurée, d'hypertension et surtout de rétention azotée.

On comprend facilement tout l'intérêt des notions de ce genre qui nous apportent des possibilités d'action thérapeutique imprévues jusqu'alors. On n'agit que difficilement sur une lésion destructive, on a, au contraire, un pouvoir d'action sur un état congestif, inflammatoire, éminemment réversible. On comprend toutes les recherches de Leriche, sur le rôle de l'anesthésie locale ; on comprend qu'une injection de morphine puisse être la médication héroïque d'un angine de poitrine, d'un œdème aigu, d'une hémoptysie. On comprend qu'on puisse lutter contre une rétention chlorurée et remédier à une rétention azotée.

***

La phase bactériologique a été pour la médecine une période de grandeur ; en nous montrant le rôle des infiniments petits en pathologie, Pasteur n'a pas seulement apporté la solution de l'origine des maladies infectieuses, il a habitué notre esprit à la notion d'étiologie, il nous a contraint à n'être satisfaits que quand nous avons découvert la cause de la maladie.

La notion d'infection a dominé toute cette période et si nous savons aujourd'hui qu'il y a des inflammations aseptiques, qu'un certain nombre de processus fébriles ne relèvent pas de la présence de bactéries, il est certain que la notion d'infection domine toujours la pathologie.

L'ère microbiologique est loin d'être close et, là encore, des progrès techniques ont agrandi singulièrement le domaine conquis au XIXe siècle ; les découvertes du B. C. G. par Calmette et Guérin, des anatoxines par Ramon, des sulfamides par Domagh, ouvrent à la prophylaxie et à la thérapeutique des horizons nouveaux.

(1) D'après une conférence inédite faite à la Sorbonne le mardi 16 juillet 1940.

La voie nouvelle dans laquelle s'engage de plus en plus la microbiologie est l'étude des virus filtrables, des ultra-microbes, ouverte par la découverte du virus de la rage par Pasteur. Le virus de la rage est inconnu, mais l'expérimentation a montré qu'il siège dans le système nerveux. Grâce à la méthode expérimentale, Pasteur manie la matière nerveuse virulente comme il eut fait d'un microbe isolé en culture pure, il le transforme en vaccin. Utilisant la méthode pasteurienne, Landsteiner découvrira l'agent de la poliomyélite et l'on verra s'étendre de plus en plus le nombre des maladies dues aux inframicrobes.

Dans ces dernières années, la découverte du bactériophage de d'Hérelle, du sarcome infectieux des poules de Rouss, de la « mosaïque du tabac » va nous faire pénétrer dans un monde nouveau dont j'aurai à vous parler tout à l'heure, celui des virus protéines. Retenez, pour le moment, que de nouvelles techniques, l'emploi des ultra-filtres, l'emploi des ultra-centrifugeuses, donnant 25.000 tours à la minute va permettre — le poids spécifique des molécules de ces virus étant très élevé — de les séparer des molécules plus légères des tissus protoplasmiques, dans lesquelles elles sont incluses, va permettre de les collecter, de les réunir en grande masse et d'en faire une étude clinique approfondie.

En même temps que s'agrandissait le domaine des maladies infectieuses se modifiait notre conception de ces maladies, à la lueur des découvertes de la tuberculine par Robert Koch, de Von Pirquet sur l'allergie vaccinale et tuberculinique.

A la suite de la découverte de Jenner, de celle des vaccins atténués de Pasteur, on s'est attaché surtout à l'étude de l'immunité ; à l'occasion de ses recherches sur le phénomène qui porte son nom, Robert Koch a montré qu'un cobaye en pleine évolution tuberculeuse réagit vis-à-vis d'une réinfection tuberculeuse autrement qu'un animal neuf. Von Pirquet à l'occasion de ses recherches sur l'allergie vaccinale, sur l'allergie tuberculinique, a montré que les réactions qui se produisent lors de la réinfection ont un caractère particulier de précocité, mais aussi de brutalité qui peut, par son excès, entraîner la mort dans certains cas, mais le plus souvent détermine une sorte d'avortement de la réaction seconde.

L'état allergique qui va se développer, en général, au bout de quelques semaines de maladie, va créer pour l'organisme un état nouveau, qui sa faire que la maladie va se dérouler sous des modes différents : à la manière d'un terrain neuf, au début de la maladie ; sur terrain allergique, pendant la période d'état, allergie qui pourra faire place par la suite pour certaines maladies, comme la fièvre typhoïde, à une véritable immunité.

L'état d'allergie, d'hypérergie, dans lequel se trouve l'organisme, dans certaines conditions au cours de certaines maladies infectieuses, explique pour une part le caractère congestif, inflammatoire, hémorrhagique, que peuvent prendre les réactions tissulaires au cours des réinfections exogènes ou endogènes, et pour une part la physionomie de maladies qui, comme la tuberculose, se déroulent presque entièrement sur terrain allergique.

La découverte fondamentale de l'anaphylaxie par Richet et Portier, en 1902, va nous rendre compte du mécanisme des faits observés et éclairer singulièrement non seulement la pathologie infectieuse, mais la pathologie tout entière.

Etudiant la toxicité de l'extrait aqueux des actinies, Richet et Portier voient que si de hautes doses sont toxiques — mais cependant retenez bien ce fait — ne manifestent leur action nocive qu'au bout de plusieurs jours — une petite dose de 1/10e de centimètre cube injectée à un chien ne détermine aucune manifestation apparente.

Parmi les chiens du laboratoire, un chien particulièrement vigoureux, le chien Neptune, avait supporté sans aucun dommage la petite dose d'extrait.

Voulant utiliser l'animal pour de nouvelles expériences, Richet et Portier lui injectent à nouveau, quelques jours après, la même dose, l'animal continue à ne pas réagir ; il n'y a donc pas de phénomène de cumul ; une dizaine de jours après injectant, pour la seconde fois, la petite dose non toxique pour l'animal sain, ils assistent à un tableau dramatique : à peine l'injection est-elle terminée que l'animal est pris de dyspnée intense, de diarrhée, de vomissements sanguinolents et qu'en vingt-cinq minutes la mort survient.

L'injection d'une première dose faible de poison dans ces conditions, contrairement à ce que l'on voit si souvent dans les maladies infectieuses, n'a pas entraîné une accoutumance, une immunisation, elle a entraîné au contraire une sensibilisation : l'anaphylaxie, selon le terme créé par Richet, qui signifie le contraire de l'immunité.

La portée de la découverte de Richet et Portier a eu une influence considérable sur la médecine contemporaine.

Arthus, en 1903, voit que des inoculations répétées de sérum de cheval au lapin, entraînent, au bout d'un certain nombre de jours, une intolérance vis-à-vis du sérum de cheval, et qu'il se produit au point de la dernière inoculation une nécrose, une sorte de gangrène aseptique des tissus.

Von Pirquet, étudiant la maladie du sérum chez l'homme, montre que chez un certain nombre d'individus sains la première injection de sérum de cheval va entraîner, après une période d'incubation silencieuse de 12 à 14 jours, des phénomènes d'intolérance qui vont se traduire par de la fièvre, de l'érythème, de l'urticaire, des arthralgies, accidents pénibles, mais en général sans danger.

Un individu qui, au préalable, plusieurs semaines auparavant avait reçu une injection de sérum, même s'il n'en avait subit aucun dommage, vient-il à recevoir une nouvelle injection, surtout si celle-ci est faite dans les veines,, va présenter des accidents qui pourront être la copie des phénomènes anaphylactiques présentés par le chien.

Les accidents sont-ils moins aigus, ce qui est la règle après les injections souscutanées de sérum, on aura dans les heures qui suivront la seconde injection de sérum sous la peau, les accidents de la maladie du sérum : la fièvre, l'urticaire, l'érythème, les arthralgies, mais cette fois sans période d'incubation, d'une façon presque immédiate.

Pour Richet, pour Béal, pour Billard, pour Widal et ses collaborateurs, la crise d'asthme s'explique par les lois de l'anaphylaxie. Certains asthmatiques sont sensibilisés au pollen des graminées, ils ont ce qu'on appelle l'asthme des foins, d'autres, sont sensibles au suint de mouton, aux poils et aux squames des chevaux ; d'autres présentent des crises quand ils respirent le parfum de certaines fleurs, ou inhalent certaines poudres, telles que la poudre d'ipéca ; d'autres quand ils mangent certains aliments.

On croit tout d'abord que comme dans les phénomènes d'anaphylaxie, la cause déclenchante de l'accès doit être de même qualité que la cause préparante, autrement dit, rigoureusement spécifique.

Widal et ses collaborateurs voient bientôt qu'il n'en est rien en réalité et qu'un asthmatique sensibilisé au pollen, l'est aussi ou le deviendra à d'autres albumines hétérogènes.

On croit tout d'abord cependant qu'il n'y a de déclenchement de la crise que s'il y a eu sensibilisation préalable par une albumine hétérogène et si la cause déclenchante est elle-même de nature albuminoïde.

La crise se ramènerait, en réalité, selon la conception de Nolf, à une pénétration d'albumine, à un choc peptonique. Widal et ses collaborateurs se rendent compte qu'il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait eu injection préparante et que certains individus par suite de leur tempérament spécial, de leur « diathésie colloïdoclasique « sont particulièrement sensibles à tous les chocs peptoniques.

Bien plus, on s'aperçoit que pas n'est même besoin pour que se produise la crise d'une injection déclenchante d'albumine hétérogène, mais que la crise peut survenir sur terrain de sensibilisation à la suite de l'effort, à la suite même d'une simple émotion.

On semble être en plien désarroi et voilà que toute une série de recherches récentes vont ramener la clarté en montrant le lien pathogénique de tous ces faits épars.

Toute une série d'expériences vont montrer qu'en dernière analyse le choc dit anaphylactique entraîne une libération d'une substance qui existe à l'état normal dans les tissus, une libération *d'histamine*, mais que bien d'autres

causes que le choc anaphylactique vont être capables de libérer cette histamine, en particulier, l'effort, l'émotion, qui, on le sait, mettent aussi en liberté de l'adrénaline.

C'est cette libération d'histamine qui serait la cause dernière, non seulement de la production de la crise d'asthme, mais aussi de l'urticaire, des troubles congestifs qui sont consécutifs aux embolies pulmonaires, de certains œdèmes aigus du poumon.

Ainsi un symptôme, quelle que soit sa cause, traduit en réalité en dernier ressort toujours l'intervention d'une même substance. Ce symptôme stigmatise, selon l'heureuse expression de Lœper, un produit nocif, une spécificité chimique.

Ce qui va créer l'état de maladie, étant donné souvent la banalité de la cause, à laquelle il est difficile d'échapper, c'est l'état de réceptivité du sujet qui, selon les conditions de la sensibilisation, selon l'état du système nerveux, surtout selon l'état du système neuro-végétatif, réagira sous un mode ou sous un autre, sous forme d'asthme ou d'urticaire, d'œdème de Quincke, de migraine, de manifestation articulaire, pour ne parler que de ce groupe morbide.

Si l'on veut bien se rappeler, d'autre part, qu'une substance telle que l'histamine, telle que l'adrénaline, telle que l'acétylcholine n'est autre qu'un de ces messagers chimiques qui, selon la conception de Dale et de Loevi, président aux actions des nerfs du système neuro-végétatif, on comprendra que toutes ces recherches nous amènent aux portes mêmes des domaines jusque-là complètement mystérieux au niveau desquels se manifeste l'action combinée du système neuro-végétatif et des glandes endocrines.

La place nous manque pour faire une incursion, même sommaire, dans ce domaine. Comme l'écrivait récemment Carnot, ceux qui ne consacrent pas leur vie à la science si jeune de l'endocrinologie moderne s'essoufflent à suivre sa marche vertigineuse. A la période clinique héroïque des Addison, des Graves, des Basedow, des Kocher, des Reverdin, des Pierre Marie, des Cushing, a succédé celle des grands physiologistes des Claude Bernard, des Brow-Sequard, des Vulpian, des Schieff, des Mering et Minkowski, des Gley et bientôt celle des grands hormonologistes comme Baylis et Harting, Banting et Best.

Et voilà que dans ces dernières années s'ouvre une ère nouvelle, l'ère chimique de la science hormonologique. En dix années, la chimie biologique vient d'obtenir en partant des glandes endocrines non plus seulement des extraits purifiés, mais des substances définies chimiques, à l'état cristallisé, et même de réaliser par synthèse le principe actif de certaines.

Définissant la formule chimique de ces hormones, on s'est rendu compte qu'elles étaient beaucoup moins mystérieuses qu'elles n'avaient semblé, qu'elles avaient une formule très voisine de corps existant dans la nature ou dans l'économie, telle la folliculine dont la formule est voisine du cholestérol qui lui-même, vous le savez, est un des principes constitutifs de la vitamine D.

L'étude chimique et physiologique des hormones génitales, en particulier, est un des grands faits biologiques de ces dernières années et va nous permettre de préciser quelques-unes des grandes notions de pathologie générale que j'ai soulevées au cours de cette conférence.

L'hormonologie moderne nous apprend que si l'hypophyse est le chef d'orchestre du concert hormonal, son action ne s'effectue que grâce à des engrenages glandulaires, à des cascades glandulaires, nécessaires pour amorcer les étapes successives de certaines fonctions. L'hypophyse va émettre un certain nombre de « stimulines » qui vont aller se porter sur d'autres organes à sécrétion interne, parmi celles-ci la mieux étudiée est la folliculine obtenue à l'état cristallisé par Doisy, puis par Butenandt.

Or, qu'est cette folliculine sécrétée au moment de la maturation du follicule sous l'influence du Prolan A. Elle ne se trouve pas seulement au niveau du follicule en maturation, mais aussi dans le placenta, en très grande quantité, ainsi que dans les urines d'où elle a pu être isolée et étudiée.

Ce semblerait donc être une hormone spécifique des organes femelles, or on découvre bientôt qu'elle existe aussi et en plus grande quantité encore dans l'urine des étalons. Ce n'est pas une hormone spéciale aux femelles, c'est une hormone génitale. Bien plus, on l'a isolée chez les plantes à certaines époques de leur croissance et elle joue un rôle dans leur développement. Ce n'est donc pas une substance spécifique comme on aurait pu le croire, mais une substance excitatrice d'ordre très général. Ce qui va être spécifique c'est son action lorsqu'elle rencontrera certains récepteurs, certains « effecteurs » comme on les appelle en endocrinologie, avec lesquels elle sera en état de résonnance.

Des ondes nous entourent de toutes parts, elles nous échappent le plus souvent, il faut l'appareil récepteur pour pouvoir les capter.

Nous avons vu que l'histamine ne déterminait la crise d'asthme, ou d'urticaire, que sur terrain réceptif particulier, chez le prédisposé à l'asthme ou à l'urticaire. L'étude de la folliculine et, d'une façon générale, des hormones génitales va nous faire comprendre la notion de ce qu'on peut appeler le terrain momentané tel qu'il existe dans le cycle génital où l'hormone ne stimule l'effecteur que s'il est en état momentané de réceptivité.

L'hormonologie moderne se ramène de plus en plus à l'action de corps chimiques nettement définis sur des « effecteurs » variés, mais coordonnés, rappelant ainsi certaines actions diastasiques qui ne peuvent intervenir que si d'autres actions les ont préparées, ont créé le terrain nécessaire.

L'étude du rôle des vitamines en pathologie et, d'une façon plus générale, dans les phénomènes de nutrition et dans les phénomènes de croissance, devrait maintenant retenir notre attention, la place nous manque pour le faire. Nous ne pouvons que rappeler que ces vitamines, dont la plupart ont pu être obtenues à l'état cristallisé, dont nous possédons la formule chimique, que nous pouvons reproduire par synthèse sont de proches parentes des hormones, dont elles peuvent êre les antagonistes mais avec lesquelles elles peuvent avoir aussi des actes synergiques et jouer un rôle dans la croissance. Ces vitamines comme les hormones, comme les diastases sont en réalité des biocatalyseurs qui agissent à faible dose à condition de rencontrer dans les effecteurs, comme le montre Kögl, des molécules d'une configuration spatiale nettement concordante.

Partout, on le voit, qu'on soit dans le domaine microbiologique, dans le domaine des hormones, dans le domaine des vitamines, nous sommes à l'heure actuelle sous le signe de la chimie et pour vous bien montrer où nous entraîne à l'heure actuelle la science moderne, je voudrais, pour terminer, vous rappeler les deux dernières grandes conquêtes chimique de l'heure, avec celle des hormones et des vitamines synthétiques.

Je vous ai dit comment le perfectionnement de la technique bactériologique, par l'emploi d'ultra-filtre, d'ultra-centrifugeurs avait permis de collecter en quantité pondérable les molécules à poids moléculaires élevés de certains ultra-microbes invisibles, comme celui de la mosaïque du tabac, et d'en faire une étude chimique approfondie.

Stanley, vous le savez, a pu isoler ainsi un virus de qualité toute particulière, une protéine virus, une nucléoprotéine et l'obtenir à l'état cristallisé, et inoculant cette protéine virus vivante quoique cristallisée, reproduire par inoculation aux feuilles du tabac, la maladie, la mosaïque du tabac, comme il l'aurait fait s'il s'était agi du suc de la plante malade.

Le virus protéine comme le bactérophage est-il vivant ou simple composé chimique ? Tel est le problème qui se pose à l'esprit des biologistes modernes. Il n'est pas besoin d'en souligner la grandeur.

La découverte des sulfamides par Domagh, les belles recherches de M. et Mme Tréfouel, de Bovet et Nitti, dans le laboratoire de Fourneau nous montrent leur mode d'action bactériostatique, le rôle d'arrêt sur la croissance des bactéries de certains agents chimiques. Une fois de plus notre médecine moderne est bien pour le moment sous le signe de la chimie.

Cette marche vertigineuse de la science médicale moderne — et c'est par là que je voudrais terminer — n'a

été rendue possible que grâce à l'étroite collaboration du chimiste, du physiologiste, de l'histologiste et du médecin, grâce, en un mot, au travail « en équipe » ; elle n'a été rendue possible que parce que, pendant de longues années, des savants de toute discipline se sont livrés corps et âme à la « recherche désintéressée ».

Sans la science désintéressée, sans les recherches doctrinales sur l'immunité, sans toutes les belles recherches sérologiques de Bordet, il n'y aurait pas eu la grande découverte de la sérothérapie de Behring et de Roux ; sans la science désintéressée, il n'y aurait pas eu la découverte de l'anaphylaxie. Sans la science désintéressée, l'endocrinologie serait restée dans l'enfance, sans la science désintéressée la chimie moderne n'aurait pas apporté aux hommes avec les hormones cristallisées, avec les vitamines, avec les sulfamides, des agents thérapeutiques d'une merveilleuse efficacité.

ACTUALITÉS

La maladie de Besnier-Bœck-Schaumann (1)

Par le Dr Levent

En attendant une meilleure dénomination, on appelle ainsi une affection dont les signes apparaissent le plus souvent séparés et n'ont été que récemment reconnus comme dépendant d'une même maladie.

Le premier, en 1889, Besnier décrivit l'association de lupus pernio à des synovites fongueuses symétriques des extrémités supérieures ; dix ans plus tard, Bœck, de Christiania, décrivait des sarcoïdes associées à d'autres symptômes. Plus récemment, enfin, Schaumann montra que les divers syndromes partiels devaient se grouper en une affection unique aux lésions histologiques uniformes. On tend, volontiers, actuellement à en faire, comme Pautrier, une maladie de système frappant le système réticulo-endothélial.

Etude clinique. — Insidieuse au début lorsqu'il existe des symptômes extériorisés, entièrement latente lorsque des viscères profonds sont seuls atteints, la maladie de B. B. S. a une durée extrêmement longue et une indolence à peu près totale. Elle est remarquable aussi par la dissociation habituelle des signes qui apparaissent, évoluent, disparaissent, en gardant vis-à-vis les uns des autres la plus entière indépendance. Il est des signes évidents : cutanés ou osseux ; des signes cachés : osseux, pulmonaires, viscéraux ; leur inconstance fait qu'aucun n'est cardinal, ni accessoire, ni même obligatoire.

Lésions cutanées. — Indolentes ou très fugacement douloureuses, elles sont de divers types, mais toujours insidieuses et persistantes ; elles sont souvent le premier signe apparent. Tantôt ce sont des **sarcoïdes à petits nodules** : petites élevures, hémisphériques (de la tête d'épingle au pois), rosées ou rouges, brunissant à la longue, montrant à la vitropression de fins grains lupoïdes, bien limités et à demi-mous. L'infiltration ne dépasse pas le derme. Siège : face, épaule, face antérieure du thorax, faces d'extension des membres supérieurs. Apparaissent souvent par poussées successives, évoluent durant des années pour s'aplanir et laisser des taches pigmentaires avec centre plus pâle et télangiectasies périphériques.

Plus souvent ce sont des **sarcoïdes à gros nodules**, de même siège, saillantes, nettement limitées, allant du pois à la pièce de 5 francs et infiltrant toute la peau. Tantôt dures, tantôt mollasses, elles ont une couleur violacée ou brunâtre, avec petites taches lupiformes sous la vitropression. Evoluent en dix et parfois vingt ans, les éléments brunissent puis s'effacent, ne laissant qu'une pigmentation du type ci-dessus décrit.

Tantôt c'est **le type angiolupoïde** à éléments peu nombreux et télangiectasies très marquées.

Tantôt, il s'agit de **sarcoïdes infiltrantes diffuses à type de lupus pernio.** C'est la forme la plus sévère par son étendue et son habituelle association aux lésions osseuses. Siège : front, face, oreilles, faces dorsales des mains et des doigts. Coloration variant du rouge violacé à l'ardoise ; les téguments sont épaissis, indurés, vascularisés avec des points jaunâtres visibles à la vitropression et des dilatations veineuses bleuâtres. Peau tendue, luisante, à orifices pilo-sébacés dilatés et parfois desquamation. Infiltration sous-jacente diffuse, tantôt molle, tantôt ligneuse. Les doigts violacés, boudinés, rappellent la spina-ventosa et présentent souvent des altérations unguéales et de la synovite fongueuse.

Très rarement érythrodermie sarcoïdique des paumes, des plantes, du cuir chevelu.

Toutes ces lésions peuvent se combiner et s'associer, surtout en cas de lupus pernio, à des lésions de la bouche, du pharynx, du larynx, du palais, des fosses nasales, lésions à type d'infiltration diffuse ou de nodules miliaires bien limités.

Lésions osseuses. — Décrites d'abord par Besnier et Tennesson, puis par Jungling, elles siègent presque uniquement aux doigts des mains et des pieds, plus rarement au carpe, dans les os longs, dans l'os nasal. Tout autre siège est toujours une découverte radiologique. On observe soit un empâtement local à aspect de spina-ventosa ou une augmentation de volume du bout du doigt ou de la région juxta-articulaire. Parfois, il y a érythème violacé à type d'engelure ou des lésions profondes tantôt fibreuses et dures, tantôt molles et pseudofluctuantes juxta-articulaires ou diaphysaires. Souvent il y a latence absolue. La radiographie montre divers types qui peuvent s'associer chez un même sujet : forme diffuse à type bulleux ou lacunaire où la substance compacte ne forme plus qu'une mince coque autour d'une zone alvéolaire et kystique de l'os ; forme kystique circonscrite avec petites pertes de substances taillées à l'emporte-pièce ; enfin, l'os criblé de kystes peut prendre un aspect grillagé.

Aucune lésion de voisinage, osseuse, juxta-osseuse, ni articulaire ; aucune tendance à l'ouverture, à la fistulisation, ni à la formation de séquestre.

L'évolution n'exclut jamais la *restitutio ad integrum*, mais elle est extrêmement lente, coupée d'accalmies et de poussées en divers foyers. Les lésions insoupçonnées peuvent évoluer longtemps sans autre signe.

Les muscles peuvent présenter des nodosités ou des nouures profondes circonscrites et plus ou moins volumineuses s'accompagnant souvent d'adénopathies.

Lésions pulmonaires. — Les symptômes respiratoires peuvent faire partie d'un ensemble symptomatique ou évoluer isolément ; dans d'autres cas, aucun signe ne se manifeste ; il y a découverte radiologique s'ajoutant ou non aux autres symptômes.

Cliniquement, il peut y avoir un bref épisode de « congestion pulmonaire », peut-être de pleurésie ou un ensemble de signes fonctionnels et généraux : fièvre légère, asthénie, amaigrissement, dyspnée, toux, expectoration, hémoptysie même qui font penser à une bacillose au début.

Mais dans biens des cas la latence est absolue. Les signes radiologiques sont constants et de types divers : forme à lésions hilaires prédominantes, type micronodulaire, type réticulaire, type à marbrures. La forme micronodulaire ayant la plus grande analogie radiologique avec les images de « granulie froide » de Burnand et Sayé.

L'évolution est essentiellement chronique, la guérison très lente, toujours possible. Jamais il n'y a ni caséification, ni excavation.

Appareil ganglio-spléno-hématique. — Les adénopathies fréquentes mais non constantes siègent le plus souvent aux aines, aux aisselles, **au-dessus de l'épitrochlée,** plus rarement au cou ; elles ne sont jamais satellites des lésions cutanées éventuelles. Ce sont des groupes de deux ou trois ganglions durs mobiles, indolores, évoluant insidieusement.

La rate est grosse et indolore, de même le foie. Monocytose sanguine habituelle. Parfois, légère albuminurie ou petits signes d'insuffisance rénale.

Manifestations oculaires. — Constituées par une conjonctivite à petits nodules saillants, de la choroïdite, de l'iritis et une altération des humeurs transparentes, elles méritent une place à part. Elles forment, en effet, l'élément principal du syndrome décrit par Heerfordt (1909) et s'associent à une fièvre légère, de l'hypertrophie des glandes salivaires, de la paralysie faciale, des parésies périphériques, une grosse rate, des lésions glandulaires et ganglionnaires. Cliniquement et anatomiquement, le syndrome de Heerfordt semble une forme clinique de la maladie de B. B. S.

L'évolution de la maladie, essentiellement chronique, dure des mois ou des années ; le pronostic vital est bénin ; de même le pronostic fonctionnel, exception faite pour l'œil.

L'anatomie pathologique est d'une remarquable uniformité. Une même lésion existe dans tous les tissus frappés : au milieu d'un tissu avoisinant sans réaction se développent des nodules ou des noyaux formés surtout de cellules épithéloïdes, accessoire-

(1) Depuis l'excellente revue générale de Delzant (*Gazette des Hôpitaux*, 1938, nos 27-29), divers travaux ont été publiés, en particulier, celui de Pautrier (Paris 1940), qui réunit la majeure partie des connaissances actuelles sur la question.

ment de traînées lymphocytaires périphériques. Présence par places de quelques cellules géantes. Evolution très lente vers la sclérose. Jamais de nécrose, ni de caséification.

Le diagnostic est aisé à condition de penser à la B. B. S. et de dépister les localisations latentes par un examen complet. Le lupus tuberculeux, certaines tuberculides, les sarcoïdes type Darier-Roussy, les tuberculoses « froides », la lèpre, peuvent, cependant, poser parfois des problèmes délicats.

L'Étiologie de la maladie de B. B. S. est entièrement obscure. Elle paraît plus fréquente entre 20 et 40 ans et chez la femme. Plus fréquente peut-être dans les pays nordiques; encore ceci demeure-t-il sujet à vérification. La cause est inconnue : tuberculose ? lèpre ? virus indéterminé ? On en est réduit actuellement à l'échange d'arguments et à considérer que les caractères ne s'opposent pas à ce qu'on range cette affection dans le groupe encore confus des réticulo-endothélioses.

La thérapeutique est dans l'enfance encore : topiques, radiations, traitements médicamenteux ont rivalisé d'inefficacité. On en est donc réduit aux traitements généraux et à une hygiène que les analogies cliniques avec certaines tuberculoses influencent fortement. Même inutiles de telles précautions, au reste, ne sauraient nuire et n'empêchent pas la maladie de B. B. S. de guérir spontanément à l'heure fixée par les destins.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Toujours à propos des calcifications du péricarde

Par L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

Les calcifications du péricarde continuent à attirer l'attention. Depuis notre récente « Médecine pratique », parue ici-même (6-9 août 1941, n° 63-64, p. 634-637), de nouveaux cas (1) sont venus à notre connaissance : ils vont nous permettre de compléter notre description.

En ce qui concerne l'Etiologie, ou l'enquête ne révèle aucune cause précise (P. Soulié), ou l'on retrouve chez le malade des antécédents, soit de traumatisme thoracique (Ch. Laubry et R. Heim de Balsac), souvent signalé, comme on sait, soit de tuberculose (Germain, Le Gallois et Gautron).

Dans la Symptomatologie, distinguons :

Les signes fonctionnels, arythmie tardive (Ch. Laubry et R. Heim de Balsac), dyspnée d'effort, avec (Lenègre) ou sans cyanose, et, surtout, signes indiquant une *compression de la veine cave inférieure* : gêne dans l'hypocondre droit, qu'explique l'hépatomégalie d'origine congestive, puis cirrhotique avec ascite (J. Lenègre), œdèmes de la partie inférieure du corps, constatations radiographiques, etc. ;

Les signes physiques, dont M. P. Soulié fait une analyse minutieuse : le plus important est l'existence, à l'auscultation, d'un *dédoublement sec du deuxième bruit*, décrit par Bauer et précisé, dans tous ses détails, par Ch. Laubry et Pezzi (1925), qui l'ont appelé galop postsystolique. D'origine musculaire, il se place au début de la diastole, avant l'ouverture des valvules auriculo-ventriculaires et semble dû à la réaction active du myocarde gêné dans son expansion diastolique (diastole active). Il correspond à la vibrance isodiastolique de C. Lian, et doit faire penser à une symphyse, sans pouvoir être considéré comme pathognomonique d'une calcification du péricarde. Lorsqu'il manque, on peut admettre que c'est en raison du siège des calcifications, qui occupent l'oreillette droite : on ne perçoit alors, comme dans le cas de MM. Duvoir, Pichon et de Vulpian, qu'une certaine faiblesse des bruits cardiaques (Germain, Le Gallon et Gautron).

A la *radiographie* de face et en O. A. G., on peut voir les calcifications, qui occupent surtout les bords gauche et inférieur du cœur (J. Lenègre), ou qui sont disposées en bandes suivant les sillons interventriculaires et interauriculo-ventriculaires, s'unissant à celles qui occupent la plèvre, comme chez le grand blessé suivi par MM. Ch. Laubry et R. Heim de Balsac. Dans le cas de MM. Germain, Le Gallon et Gautron, elles intéressaient surtout le cœur droit, fait habituel et que l'on « a cherché à expliquer « en invoquant, pour cette région, soit la moindre amplitude des « mouvements du cœur, soit la plus grande abondance du tissu « adipeux, de vulgarisation toujours assez pauvre ».

Parmi les signes associés, citons la *cirrhose*, et, chez les jeunes un certain degré d'*infantilisme*. La calcémie et la fibrinémie étaient normales dans le cas de MM. Germain, Le Gallon et Gautron, où les seules anomalies d'ordre chimique constatées consistaient en une *grande diminution du phosphore minéral du sérum* et *de la phosphatase*.

L'Évolution, comme nous l'avons déjà dit, est souvent longue : dans le cas de MM. A. Germain, Le Gallon et G. Gautron, la maladie dure depuis huit ans sans donner lieu à de l'insuffisance cardiaque, faits qu'ils attribuent à ce que l'imprégnation calcaire a précédé la symphyse ; dans celui de MM. Ch. Laubry et Heim de Balsac, elle a été tolérée vingt-trois ans.

Reste la question du traitement. Pour le traitement *médical*, tout le monde est d'accord : c'est celui de l'asystolie. Quant au traitement *chirurgical*, il soulève beaucoup plus de discussions. La péricardectomie, dans l'état actuel de la technique, est trop grave pour pouvoir être proposée de bonne heure. D'autre part, il ne faut pas trop attendre. Le moment pour intervenir sera marqué par deux signes : apparition du syndrome de la veine cave inférieure, aggravation nette de l'état général (P. Soulié). Quant à la technique, elle doit se proposer surtout la libération, l' « épluchage » de la veine cave inférieure, temps opératoire assez délicat, comme bien on peut penser.

(1) A. Germain, M. Le Gallon et G. Gautron. Un cas de péricardite calcifiante (*Société médicale des Hôpitaux*, 9 mai 1941, p. 395-399 des *Bulletins*. — Ch. Laubry et Heim de Balsac, Péricardite constrictive traumatique (*Société de Cardiologie*, 27 avril 1941). — J. Lenègre. Un cas de péricardite constrictive calcifiante (*Société française de Cardiologie*, 27 avril 1941). — P. Soulié. Considérations sur la péricardite constrictive (*Société française de Cardiologie*, 27 avril 1941). — Mouquin (*Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres*, 27 mai 1941, in *Presse Médicale*, n° 76-77).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 1er septembre 1941

Sur quelques constituants de l'essence concrète des feuilles de tabac. (Nicotiana tabacum.) — MM. S. Sabetay, L. Trabaud et Frank-Emmanuel.

Séance du 8 septembre 1941

Le rachitisme dans la race noire. — M. Jacques Millot. — On a remarqué, depuis longtemps, que les jeunes nègres américains sont plus souvent atteints de rachitisme que les enfants blancs de la même région, sans que la question d'alimentation semble jouer un rôle.

Les faits s'éclairèrent depuis la double découverte de la formation dans la peau de la vitamine D, vitamine antirachitique, sous l'action des radiations solaires, et du rôle d'écran que joue le pigment cutané vis-à-vis de ces mêmes radiations : il apparaissait que le nègre américain devait à la coloration de sa peau une carence en vitamine, facteur fondamental de la maladie.

Des observations faites par l'auteur en Afrique tropicale montrent que le rachitisme y est très rare, malgré une alimentation souvent des plus insuffisantes. En réalité la lumière tropicale paraît le seul facteur responsable, ses radiations plus puissantes traversent l'écran pigmentaire et semblent assurer une production de vitamine garantissant de tout rachitisme. La preuve en a été apportée à l'auteur par la constatation des ravages causés par l'avitaminose D dans les régions où la forêt est dense et où règne l'ombre. L'auteur ajoute que recherchant les anomalies de taille d'origine endocrinienne, il a trouvé exclusivement le gigantisme parmi les nègres de savanes, et le nanisme parmi les nègres de forêt.

SOCIETE D'ETUDES SCIENTIFIQUES DE LA TUBERCULOSE

(Réunions temporaires des membres résidant en zone non occupée)

Lyon, 28 juin 1941

Dix ans de prophylaxie antituberculeuse de l'enfance dans le département de l'Isère (1929-1939). Utilité du centre de triage et de mise en observation et de la prémunition par le B. C. G. — M. Louis Béthoux (Grenoble).

Pneumothorax spontané de cause inconnue chez un sujet jeune. — MM. Lazerme de Règnes (Perpignan) et Reynes (Ille-sur-Tet) rapportent l'observation d'un pneumothorax spontané dont le moignon pulmonaire présentait une image atélectasique

partielle du sommet. Ils émettent l'hypothèse que des atélectasies partielles, fugaces, pourraient être à l'origine des pneumothorax spontanés, découverts fortuitement chez des sujets sains.

Pneumopathie chronique causée par Mycotorula Tropicalis. — MM. Paul Courmont et Bilia (Lyon).

Emphysème et tuberculose bénigne. — M. Dumarest (Hauteville). — S'autorisant de l'observation clinique d'un grand nombre de cas et de la confirmation que lui apportent des protocoles d'autopsies récemment publiées, relatant chez des sujets, porteurs d'un gros emphysème, l'existence de lésions tuberculeuses latentes et jusqu'alors méconnues, l'auteur propose les conclusions suivantes :

1° L'emphysème pulmonaire raréfiant est l'aboutissant ordinaire d'un état inflammatoire chronique, bien plus que d'une distension mécanique ;

2° La tramite génératrice d'emphysème procède elle-même de l'infection chronique du système lymphatique ;

3° Les tuberculoses pulmonaires bénignes, les tuberculoses lymphatiques, les états d'imprégnation bacillaire s'accompagnent habituellement d'emphysème raréfiant, satellite habituel de la sclérose inflammatoire (Tripier) ;

4° L'asthénie, la fébricule et l'emphysème sont les symptômes cardinaux des états bacillaires chroniques.

L'auteur appelle l'attention de ses collègues sur la recherche systématique de l'emphysème dans ces cas.

Thoracoplasties supérieures à topographie lobaire. — M. H. Joly (Passy).

Guérison par thoracoplastie d'une caverne tuberculeuse fistulisée dans l'aisselle. — MM. Michon (Lyon) et Angirany (Hauteville).

L'état actuel de la thoracoplastie axillaire. — MM. W. Jullien et F.-C. Ecot (Pau), font le point de leur expérience de la thoracoplastie axillaire au bout de six années de pratique. Ils sont de plus en plus convaincus de l'intérêt que présente la voie axillaire pour les opérations normales ou atypiques dans la thoracoplastie.

Résultats éloignés et indications actuelles du pneumothorax extra-pleural. — MM. P. Santy et M. Berard (Lyon). — Les délais écoulés depuis la réalisation d'un certain nombre de P. E. permet d'en apprécier la valeur. Les meilleurs résultats ont été obtenus chez les malades restés en surveillance sanatoriale et insufflés régulièrement de façon prolongée. L'oléothorax de substitution, commode en apparence, donne souvent une fausse sécurité et permet l'évolution de lésions au-dessous du blocage.

L'indication qui paraît la meilleure et doit être conservée, concerne les jeunes sujets avant la fin de leur croissance, chez lesquels on hésite à créer des mutilations. Le P. E. est très toléré chez les jeunes ; il donne de belles guérisons, et en cas d'insuccès, permet d'attendre la fin de la croissance pour faire une thoracoplastie.

Un cas d'énurésie chez l'adulte guéri instantanément par l'installation d'un pneumothorax thérapeutique. — M. Colomban (Grasse).

Syndrome de Loeffler apparu chez un tuberculeux pulmonaire au décours d'une angine à monocytes. — M. D. Douady.

Aphonie totale consécutive à une section de bride pleurale. Guérison par une infiltration stellaire. — MM. Michon, Angirany et Neel.

Etude tomographique des infiltrats dits inter-cleido-hilaires. — M. Dufourt (Lyon). — La pratique des coupes sériées des poumons montre que les infiltrats appelés inter-cleido-hilaires ne prennent pas naissance au hile dans l'immense majorité des cas, et n'irradient pas à partir du hile. Ils naissent à la partie périphérique du poumon, ordinairement sous la clavicule, et progressent en direction du hile. Quelques-uns sont entièrement postérieurs. Sur 34 de ces infiltrats, l'origine hilaire n'a pu être acceptée que trois fois.

Remarques sur les réactions ganglionnaires des hiles au cours de la tuberculose de primo-infection de l'adulte. — MM. Dufourt, Brun et Villard (Lyon). — L'adulte primo-infecté réalise des adénopathies médiastines plus considérables lorsqu'il a toujours vécu à la campagne. L'anthracose diminue la réaction ganglionnaire et l'expérimentation appuie ici les données cliniques. La tomographie permet d'autre part de déceler au début des infiltrats précoces, de légères adénopathies médiastines qui demeuraient méconnues et qui constituent dans certains cas une espèce de discret complexe tertiaire.

Notes sur la valeur séméiologique des déviations du médiastin. — M. Charles Mattei (Marseille) montre qu'en utilisant le repère classique (trop souvent négligé) de la position du médiastin que constitue le foyer maximum d'audition des bruits cardiaques, il est facile dans la pratique, avec l'indispensable confrontation clinique et radiologique, d'arriver à une connaissance plus précise des lésions pleuro-pulmonaires. Ces lésions peuvent alors être distinguées en trois grands groupes : 1° Celles qui attirent vers elles le médiastin : lobites, apexites rétractiles, fibro-thorax, surtout remarquées chez les tuberculeux anciens syphilitiques ; 2° Celles qui repoussent loin d'elles le médiastin, très classiquement représentées par les épanchements liquides ou gazeux assez abondants de la plèvre ; 3° Celles enfin qui sont indifférentes au médiastin et réalisent un important syndrome unilatéral sans changement de la position du foyer maximum d'audition des bruits cardiaques : pneumopathies aiguës, fluxionnaires, suppurées ou tuberculeuses ; et surtout cas plus frustes, plus instructifs, les kystes hydaliques, les cancers primitifs du poumon. Le passage de la position couchée à la position assise ou debout, révèle toujours à l'auscultation un retour plus ou moins marqué vers la ligne médiane du foyer maximum d'audition des bruits cardiaques, si le cœur et le médiastin ne sont pas déplacés par des facteurs irréductibles.

Hémoptysies trachéales au cours de tuberculose pulmonaire confirmée. — MM. Mounier Kuhn et Galy (Lyon).

Cavernes pulmonaires persistantes par adhérence sus-hilaire. L'importance du collapsus équilibré. — MM. Delbecq et Garnier (Sainte-Feyre).

Sur la fréquence des tuberculoses malignes observées depuis six mois. — M. de Leobardy et Mlle Marcland (Limoges) relatent la fréquence exceptionnelle des tuberculoses malignes observées depuis six mois : pneumonies et broncho-pneumonis caséeuses, granulies. Ils ont été également frappés par le caractère malin de certaines formes de tuberculose habituellement spontanément curables : pleuro-bacillose aiguë classique, pleuro-péritonite, type Fernet-Boullant), ainsi que par la fréquence anormale des bilatéralisations immédiates au cours de l'installation du pneumothorax. En résumé, augmentation de la malignité de toutes les formes de tuberculose. Les auteurs pensent que peut-être, étant donné les milieux où ils ont observé (cultivateurs) la sous-alimentation en pain et en sucre a pu jouer un rôle.

Note sur la recrudescence de la tuberculose observée dans les dispensaires antituberculeux de l'Isère depuis quelques mois. — M. Berthet (Grenoble) insiste sur l'augmentation de la morbidité par tuberculose et sur ses causes multiples ; il signale le nombre des tuberculoses graves, rapidement évolutives et, en particulier, la gravité des primo-infections de l'enfance et la fréquence des méningites tuberculeuses emportant les enfants atteints de condensations pulmonaires habituellement curables. Il insiste sur la nécessité de prévoir un plan national d'organisation antituberculeuse : prophylaxie chez l'enfant et examens radioscopiques systématiques dans les milieux de jeunes.

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

Séance du 1er juillet 1941

Sages-Femmes. — M. Vaudescal, rendant compte des travaux de la commission présidée par M. le Professeur agrégé Le Lorier, présente et fait adopter un vœu demandant, dans l'intérêt des mères de famille, que la situation des sages-femmes soit protégée, que leur bonne répartition dans les villes et les campagnes soit mieux assurée, et qu'elles reçoivent une instruction suffisante pour pouvoir collaborer, s'il en est besoin, dans le district où elles exercent, au service de l'assistance sociale rurale.

Epidémiologie. — A la suite d'une intervention de M. le Professeur Jean Verge, un vœu, tendant à l'organisation immédiate d'une collaboration constante entre le médecin et le vétérinaire pour la protection de la santé publique contre les maladies des animaux transmissibles à l'homme, est présenté par M. Boyé et adopté par le comité.

Séance du 22 juillet 1941

Enseignement de l'inspection vétérinaire. — M. Houdinière.

Architecture et santé publique. — M. Dervaux insiste sur les conditions que doit remplir une maison saine.

Sa communication donne lieu à une importante discussion à laquelle prennent part MM. Rovèche, Boyé, Dournel, Jullien, Mlle Chabert, MM. Renaudeaux et M. Dally.

Un vœu, dont la rédaction est confiée à une commission, donnera une sanction à cette discussion.

THÈSES DE PROVINCE (1)

THESES DE MEDECINE DE STRASBOURG

4e Trimestre 1939

Doctorat d'Etat : 53 thèses, numérotées de 57 à 109 inclus.
Doctorat d'Université : 0.

No 89. — Bader. — *Considérations sur les méthodes de traitement des lésions traumatiques fermées de l'atlas et de l'axis. A propos de deux cas.*

No 101. — Blanc. — *La valeur de l'hématurie microscopique pour le diagnostic de la lithiase urinaire.*

No 98. — Bourdeix. — *Contribution à l'étude des hémangiomes du foie. A propos d'un cas d'hémangiome kystique.*

No 72. — de Brisson de Laroche. — *Les intoxications par les produits utilisés dans l'industrie du caoutchouc et leur prophylaxie.*

No 78. — Chatillon. — *Contribution à l'étude de la concentration maxima de l'urée dans l'urine chez les oliguriques.*

No 60. — Clementi. — *Etude obstétricale des atrésies et cloisonnements acquis ou congénitaux du vagin.*

No 104. — Coupas. — *Contribution à l'étude des greffes thyroïdiennes.*

No 65. — Crépin. — *Contribution à l'étude du duodénum mobile.*

No 103. — Dautheville (Mlle). — *Remarques sur les plaies de guerre du thorax.*

No 85. — Dell. — *Symptômes schizophréniques post-commotionnels.*

No 95. — Deviller. — *Contribution à l'étude de la ponction des organes hématopoiétiques.*

No 84. — Eschbach. — *Le rôle des reins dans la détermination du diabète sucré et de ses différentes formes cliniques.*

No 77. — Evrard. — *Contribution à l'étude de la concentration maxima de l'urée dans l'urine dans les cas de diurèse normale ou augmentée.*

No 68. — Eydieux. — *Les oliguries chroniques frustes en clinique usuelle.*

No 93. — Felgeyrolles. — *Développement et constitution de l'extrémité supérieure de l'humérus.*

No 97. — Friederich. — *Vue d'ensemble sur les conditions et les indications de la chirurgie d'exérèse du poumon.*

No 76. — Gaillard. — *Les phlegmons périnéphritiques ligneux. Diagnostic précoce des phlegmons périnéphritiques à marche très lente.*

No 91. — Ganier. — *Etude historique et critique sur la valeur clinique de l'azotémie.*

No 90. — Gluck. — *Commentaires médico-légaux sur la loi du 1er juillet 1938 concernant les accidents du travail.*

No 62. — Hérard. — *Recherches sur les sérums sanguins.*

No 74. — Imbs. — *Des accidents de route et de leur prévention. Examen médical des chauffeurs d'automobiles.*

No 96. — Jonadet. — *A propos de cinq observations de diverticules de la vessie.*

No 83. — Kern. — *Technique de l'extirpation des cancers du sein. Quelques points particuliers.*

No 75. — Kopp. — *Etude critique sur la vie et l'œuvre anatomique de Vesale.*

No 57. — Laloi. — *A propos d'un cas de tumeur glomique.*

No 58. — Langlais. — *De quelques considérations sur l'exploration fonctionnelle du foie au cours des états d'allergie.*

No 80. — Larpent (Lucien). — *Le rôle de l'avitaminose B_1 dans l'insuffisance cardiaque des alcooliques. Cœur alcoolique et béri-béri cardiaque.*

No 100. — Larpent (Mme), née Metteix. — *De quelques résultats obtenus par la sulfamidothérapie systématique (693) dans le traitement des pneumopathies aiguës.*

No 81. — Latscha. — *Troubles du langage dans un cas de délire chronique.*

No 82. — Loinger. — *Les causes de la mort dans le cancer.*

No 63. — Meunier (Marcel-François). — *Contribution à l'étude du torticolis naso-pharyngien.*

No 88. — Ourceyre. — *Les accès de tachycardie essentielle paroxystique de longue durée mortels.*

No 61. — Piard. — *La gélification plasmatique irrétractile.*

No 69. — Pison. — *Contribution à l'étude des tumeurs phyllodes du sein.*

No 59. — Pourrieux. — *Contribution à l'étude des formes non douloureuses de l'infarctus du myocarde.*

No 67. — Réau. — *Quelques recherches sur le sang des hypertendus.*

No 109. — Reck. — *Contribution à l'étude des carcinoïdes de l'appendice.*

No 92. — Robin. — *Tumeurs de la poche de Rathke (craniopharyngiennes). Etude anatomo-clinique d'une observation.*

No 99. — Ruhlmann. — *Sur l'anatomie de quelques grands chirurgiens du xve siècle.*

No 105. — Schalck (Mlle). — *Mesures prophylactiques à prendre vis-à-vis du typhus exanthématique en temps de guerre.*

No 86. — Schaller (Mlle). — *Contribution à l'étude thérapeutique de la digitale laineuse.*

No 64. — Schuch. — *Cholesterinémie et cancer. Etude préliminaire.*

No 70. — Soulier. — *Du traitement du syndrome médical des hémorragies du nouveau-né.*

No 73. — Stoll. — *Recherches sur le rôle de l'hypophyse et de la thyroïde embryonnaire dans le développement de l'embryon du poulet.*

No 87. — Stricker. — *Contribution à l'étude de la transformation maligne de l'ulcère simple chronique de l'estomac.*

No 79. — Tissier (Mlle). — *Epithélioma sur fistule d'ostéomyélite chronique.*

No 102. — Teulade. — *Contribution à l'étude du cancer de l'estomac à forme anémique.*

No 107. — Thiriat. — *Traitement de la goutte par les cures hydro-minérales. Ses résultats.*

No 66. — Uhl. — *Contribution à l'étude des congestions rénales albuminuriques et hématuriques à répétition d'origine rhino-pharyngée.*

No 106. — Vassilaros. — *Le traitement neuro-chirurgical du mégacôlon idiopathique. Ses bases, ses résultats.*

No 71. — Warter. — *Le passage de l'alcool dans la salive.*

No 94. — Weber (Auguste-Albert). — *Traitement chimiothérapeutique de certaines pneumopathies aiguës de l'adulte.*

No 108. — Weiss. — *Le traitement sanglant des fractures diaphysaires des deux os de l'avant-bras et ses résultats.*

Année sociale 1940

Doctorat d'Etat : 84. — Doctorat d'Université : 9.
Total : 93 noms numérotés de 1 à 92 + 1 thèse soutenue à Nancy et non numérotée.

No 73. — Andlauer. — *De l'action du para-aminophénylsulfamide (1162 F) dans le traitement des méningites aiguës.*

No 42. — Anna. — *Contribution à l'étude médico-légale de la tuberculose rénale post-traumatique.*

No 55. — Apfel. — *Commentaires médico-légaux et médico-sociaux de la nouvelle législation antivénérienne.*

No 20. — Auer. — *Prophylaxie dans les épidémies de diphtérie.*

No 91. — Azoulay. — *Les infiltrations anesthésiques en traumatologie et particulièrement dans le traitement des ossifications post-traumatiques avec troubles fonctionnels importants.*

No 83. — Baumann (Mme), née Bouhey. — *L'épilepsie très tardive chez les traumatisés cranio-cérébraux.*

No 52. — Becker. — *Trois cas de lésions frontales bilatérales.*

No 31. — Berron. — *Contribution à l'étude des meurtres commis par des schizophréniques.*

No 80. — Beyer. — *Le régime alimentaire dans la fièvre typhoïde.*

No 70. — Blocher (Mlle). — *Le syndrome de Loeffler.*

No 43. — Bolzinger. — *Contribution à l'étude des affections de l'épiphyse vertébrale.*

No 45. — Boucomot (Mme), née Roussy. — *Etude critique sur l'hypertension des sujets jeunes.*

No 87. — Bruckmann (Mlle). — *Sarcome réticulaire du vagin et grossesse.*

No 26. — Cahen. — *Traitement des annexites par l'infiltration à la scurocaïne de la chaîne sympathique lombaire.*

No 65. — Castelain (Mme), née Bardin. — *Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose rénale par l'antigène méthylique.*

No 24. — Charlier. — *La densimétrie urinaire en pratique médicale usuelle.*

No 64. — Charpentier (Mlle). — *Un cas de tumeur de la région parieto-occipitale gauche.*

No 58. — Chassagnette. — *Contribution à l'étude des anémies benzoliques.*

No 40. — Chaudre (Mme), née Ganière. — *La cure de la Preste dans la colibacillose urinaire.*

No 81. — Collin (Mme), née Tritsch. — *Le réveil de l'hérédo-syphilis.*

No 47. — Contamine. — *Contribution à l'étude de l'alimentation du nourrisson au lait concentré sucré.*

No 34. — de Cossé Brissac (Mme), née de Rohan Chabot — *Le diagnostic de la mononucléose infectieuse par les procédés de laboratoire.*

U. 79. — Coumaros. — *L'organisation du service médico-social dans les départements d'accueil du Sud-Ouest.*

No 75. — Desbaux. — *Les néphrites chroniques urémigènes pharyngée.*

No 66. — Diétrich. — *Le traitement des complications infectieuses de la néphrose lipoïdique par les sulfamides.*

No 78. — Dietz (Mlle). — *Quelques cas de méningite cérébro-spinale traités par les sulfamides.*

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 1941, Marseille nos 63-64, Montpellier nos 69-70, Hanoï nos 71-72, Nancy nos 73-74, Bordeaux nos 77-78.

N° 59. — Docher. — *Un cas d'angiome vertébral traité par les rayons X.*
N° 57. — Ducout. — *Les réactions à la tuberculine. Les différentes techniques employées, leurs diverses interprétations.*
N° 86. — Duméry. — *Contribution à l'étude du traitement de la maladie hypertensive.*
N° 27. — Duperrier (Mme), née Nigon. — *Etude de la détorsion du volvulus chronique de l'estomac au cours de l'examen radiologique (après ingestion barytée).*
N° 12. — Faidide. — *Contribution à l'étude de la péritonite à pneumocoques.*
N° 67. — Fallecker. — *Un cas de traumatisme de la région temporo-occipitale gauche.*
N° 72. — Forster. — *Résultats éloignés de la stellectomie, d'après 56 stellectomies.*
N° 82. — Frey. — *Un cas de psychose encéphalique hallucinatoire chronique.*
N° 49. — Gaertner (Mlle). — *Contribution à l'étude du traitement des méningites otogènes par les sulfamides.*
N° 32. — Gerrer. — *Etude de quelques cas de psychoses de guerre.*
U. 5. — Gindin. — *Contribution à l'étude de l'extrophie vésicale.*
N° 36. — Goetz. — *Traitement des fractures du calcanéum. Contribution à l'étude des résultats éloignés.*
N° 6. — Golden. — *La diurèse acqueuse spontanée et son étude en clinique usuelle pour déceler l'insuffisance rénale.*
N° 39. — Gully. — *Etude d'un cas de complication nerveuse au cours de la vaccination antitypho-paratyphoïdique-antidiphtérique-antitétanique. Vaccination associée triple.*
N° 63. — Helle (Mlle). — *Contribution à l'étude des complications nerveuses post-vaccinales et, en particulier, à celles consécutives à l'emploi du vaccin associé triple.*
N° 17. — Hocquard (Mlle). — *La concentration maxima de l'urée dans l'urine et ses applications en médecine pratique.*
Hurter. — *L'ostéotomie sous-trochantérienne dans le traitement du décollement épiphysaire spontané de l'extrémité supérieure du fémur.* (Etudiant de la Faculté de Strasbourg : thèse soutenue et numérotée à Nancy, diplôme délivré par Strasbourg.)
N° 37. — Israël. — *Contribution à l'étude de la pancréatite hémorragique.*
N° 10. — Jourde. — *Contribution à l'étude des péritonites biliaires sans perforation apparente des voies biliaires. A propos de trois cas inédits.*
N° 29. — Kahn (Mlle). — *Analyse d'un cas de délire chronique.*
N° 13. — Kerschenmeyer. — *La gastrectomie après traitement à l'histamine pour ulcères.*
N° 44. — Koessler. — *Diagnostic radiologique de l'atélectasie pulmonaire par obstruction bronchique.*
N° 77. — Kohler (Mlle). — *Un cas d'hémiplégie gauche avec phénomène d'itération du langage, de l'écriture et des rythmes.*
U. 33. — Kopociowsky. — *Valeur de la percuti-réaction à la néotuberculine chez l'adulte. Etude comparative avec la cuti-réaction.*
N° 74. — Krafft (Mme), née Dopff. — *De l'hygiène et de l'inspection médicales scolaires.*
N° 23. — Kuhry (Mme) née Bostetter. — *La lutte contre les taudis à Strasbourg.*
N° 35. — Lafforgue. — *Les causes de la dénatalité et des remèdes avec considérations sur les mesures prises en Allemagne et en Italie.*
N° 68. — Le Sueur. — *Etude anatomo-clinique et thérapeutique des thromboses oblitérantes de l'aorte abdominale.*
N° 92. — Lévy (François). — *Les infiltrations stellaires dans le traitement des complications pulmonaires chez les blessés du crâne et du rachis. Rapport d'un cas.*
N° 46. — Lhermet. — *Contribution à l'étude clinique de la maladie de Recklinghausen.*
N° 61. — Mallah. — *Effets des avitaminoses, en particulier de l'avitaminose A, sur la glande sexuelle mâle.*
U. 48. — Mandel. — *Recherches sur la richesse des hématies en hémoglobine au cours des états anémiques (application pratique).*
N° 60. — Mathias. — *Considérations sur les fractures du maxillaire inférieur et leur traitement.*
N° 69. — Mathis. — *L'organisation rurale de la protection de l'enfance en France.*
N° 84. — Maugery. — *Séquelles de gelure avec troubles nerveux prédominants traités par des sympathectomies.*
N° 54. — Maurer. — *Etude des prostatiques à la période de rétention chronique incomplète d'urine avec distension.*
N° 90. — Mayer. — *Contribution à l'histophysiologie du corps jaune. Recherches expérimentales sur la lutéinisation localisée des follicules de Graaf.*
N° 38. — Mazen. — *Contribution à l'étude des hernies de la ligne semi-lunaire de Spiegel.*
N° 62. — Meunier (Mlle). — *Chocs psychiques et terrain psychologique. Facteurs dominants dans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire chez les adultes, les adolescents et les enfants.*
N° 3. — Michels. — *L'opération systématique d'urgence dans les appendicites aiguës.*
U. 85. — Milaras. — *Le glaucome sans hypertension.*
N° 71. — Muller. — *Ruptures associées de la rate et du rein gauches.*
N° 53. — Munsch. — *Contribution à l'étude de la gastrectomie.*
N° 21. — Oswald (Mlle). — *Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale expérimentale chez le chien.*
N° 11. — Paillard (Mlle). — *La lipomatose nodulaire multiple de la ceinture et des membres.*
N° 28. — Pinchinat. — *Contribution à l'étude de l'ostéomyélite vertébrale.*
N° 7. — Reisz. — *La maladie des porchers.*
N° 76. — Roger. — *Contribution à l'étude du traitement sulfamidé et chimiothérapique au cours des arthrites à pneumocoques.*
N° 9. — Sanitas. — *Contribution à l'étude de l'iléus biliaire.*
N° 30. — Sar. — *De l'intoxication par quelques solanées (belladone, datura, jusquiame).*
U. 1. — Sasower. — *Quelques considérations sur les causes d'échec de la digitale dans l'insuffisance cardiaque.*
N° 22. — Schiédé. — *Trois cas de fraude alimentaire commise par des psychopathes.*
U. 15. — Schnarch. — *Contribution à l'étude des insuffisances chroniques frustes de diurèse quantitative et qualitative.*
N° 8. — Schoch. — *Analyse d'un cas de traumatisme de la région fronto-pariétale gauche.*
N° 41. — Serre. — *L'expertise médico-légale et matière d'annulation de mariage catholique.*
N° 4. — Stehlé. — *Réflexions sur l'hystérectomie et l'extirpation du rectum par voie abdomino-périnéale.*
N° 50. — Streisguth (Mlle). — *Un syndrome aphasique moteur frontal.*
U. 25. — Strykowska (Mlle). — *La thérapeutique de rechloruration en pratique médicale usuelle.*
N° 89. — Thévenin. — *Les thérapeutiques psychiatriques modernes. Les résultats, les accidents et leur prévention. La responsabilité professionnelle du psychiâtre.*
N° 19. — Tort. — *Contribution à l'étude de la mort brutale dans l'asthme.*
N° 56. — Ulrich (Mme), née Heil. — *L'infection méningococcique. Epidémiologie, mesures prophylactiques, traitement.*
N° 16. — Véron. — *Deux anatomistes du XVIe siècle représentatifs de deux écoles : Charles Estienne, de Paris ; André Dulaurens, de Montpellier.*
U. 88. — Vogel. — *La leucoplasie du col de l'utérus.*
N° 18. — Weber (Gaston-Joseph). — *Quelques résultats du traitement de certaines fractures par la méthode du Prof. Leriche.*
N° 14. — Wiener. — *L'apraxie symétrique.*
N° 51. — Wolff. — *Les hyperazotémies par insuffisance de la diurèse aqueuse.*
N° 2. — Zeyl. — *Kyste aérien congénital du poumon et dilatation des bronches.*

DECRET DU 11 AOUT 1941 réglementant en ce qui concerne les juifs la profession de médecin

TITRE PREMIER

Médecins inscrits au tableau de l'ordre

Article premier. — Le nombre des personnes définies à l'article premier de la loi du 2 juin 1941, admises à exercer la profession de médecin, ne peut dépasser, dans la circonscription de chaque Conseil de l'Ordre des Médecins, 2 p. 100 de l'effectif total des médecins non juifs inscrits au tableau.

Toutefois, le nombre des médecins juifs inscrits au tableau dressé par un Conseil de l'Ordre ne peut en aucun cas être supérieur à celui des médecins juifs qui, à la date du 25 juin 1940, étaient régulièrement inscrits, dans la circonscription de ce Conseil, sur les listes de médecins dressées en exécution de l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892.

L'élimination des médecins juifs en exercice à la date de la publication du présent décret, qui seront en surnombre, sera prononcée dans les conditions prévues aux articles 7 et 8 ci-après.

Seront maintenus par priorité, même si leur nombre dépasse la proportion fixée au paragaphe premier ci-dessus, les médecins en exercice avant la publication du présent décret qui satisfont à l'une des quatre conditions prévues à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941, en faveur des anciens combattants et des victimes de la guerre.

Pourront également être maintenus ceux de ces médecins qui, sans satisfaire à aucune de ces conditions, seraient à la demande d'un Conseil de l'Ordre, et sur la proposition du commissaire général aux questions juives, désignés par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, en raison du caractère éminent de leurs mérites professionnels.

Art. 2. — Si le nombre des médecins non juifs inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre vient à diminuer, la réduction cor-

relative du nombre des médecins juifs ne s'opérera que par voie d'extinction.

Art. 3. — Dans le délai d'un mois, à compter de la publication du présent décret, tout médecin se trouvant à cette date au nombre des personnes définies à l'article premier de la loi du 2 juin 1941 en fera la déclaration écrite au Conseil de l'Ordre de la circonscription où il exerce.

Toutefois, les médecins présents sous les drapeaux ou prisonniers de guerre ne souscriront cette déclaration que dans le délai de deux mois à compter de leur libération.

Le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé assurera la transmission des déclarations que les intéressés, en raison des difficultés de communication, ne pourraient faire parvenir au Conseil de l'Ordre de leur circonscription.

Le Conseil de l'Ordre accusera réception de cette déclaration et avisera le médecin inspecteur de la santé.

Art. 4. — A défaut de déclaration dans les délais impartis, l'intéressé sera déféré au Conseil de son Ordre qui devra prononcer la radiation si le défaut de déclaration est volontaire.

Si le médecin est en surnombre, il cessera d'être porté au tableau à l'expiration d'un délai de deux mois après la notification.

Art. 5. — Il sera dressé par les soins du médecin inspecteur de la santé, dans le délai de deux mois à compter de la publication du présent décret, trois états numériques et nominatifs établis ainsi qu'il est prévu ci-après.

Le premier comprendra tous les médecins non juifs exerçant dans la circonscription de chaque Conseil de l'Ordre à la date de la publication du présent décret ; le second, les médecins juifs qui, dans la même circonscription, étaient régulièrement inscrits sur les listes de médecins dressées en exécution de l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892 ; le troisième, les médecins juifs exerçant dans la même circonscription à la date du présent décret, en mentionnant à part ceux qui satisfont à l'une des conditions fixées à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941.

Le premier et le troisième de ces états seront ensuite tenus à jour par le médecin inspecteur de la santé.

Art. 6. — Si par suite d'un fait postérieur à la publication du présent décret un médecin vient à compter au nombre des personnes définies à l'article premier de la loi du 2 juin 1941, il adressera dans le délai d'un mois, à compter de ce fait au Conseil de l'Ordre, la déclaration prévue à l'article 3, sous les sanctions prévues à l'article 4.

La déclaration sera transmise au médecin inspecteur de la Santé. Lorsque celui-ci aura constaté que le déclarant est en surnombre, et le lui aura fait notifier, l'intéressé cessera d'être porté au tableau à l'expiration d'un délai de deux mois après la notification.

Art. 7. — A l'expiration du délai prévu à l'article 5 le médecin inspecteur de la santé établira, d'après les renseignements qui lui seront parvenus à cette date, la liste des médecins à maintenir par application du paragraphe 4 de l'article premier. Cette liste sera revisée au fur et à mesure que les justifications seront dûment produites, et notamment après que le médecin inspecteur de la santé aura reçu les déclarations de ceux qui sont présents sous les drapeaux ou prisonniers de guerre.

La liste ainsi dressée ou revisée sera immédiatement notifiée par les soins du médecin inspecteur de la santé au Conseil de l'Ordre et aux intéressés.

Art. 8. — Le Conseil de l'Ordre désignera parmi ceux des médecins juifs qui ne sont pas portés sur la liste notifiée par le médecin inspecteur de la santé ceux qui devront cesser l'exercice de leur profession.

La décision du Conseil sera immédiatement notifiée aux intéressés, qui cesseront d'être portés au tableau dans le délai de deux mois après la notification.

Les décisions prises par le Conseil de l'Ordre des Médecins, tant en vertu de l'article 4 ci-dessus que du présent article sont susceptibles d'appel, dans le délai de quinze jours de leur notification, devant le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins. L'appel peut être formé par les intéressés et par le médecin inspecteur de la Santé. Il n'est pas suspensif.

Art. 9. — A moins qu'ils ne remplissent l'une des conditions spécifiées à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941, les médecins juifs ne pourront occuper :

1° Un poste rétribué par l'Etat, par une collectivité publique, par un établissement public ou par les caisses d'assurances sociales ;

2° Un poste dans un établissement ayant pour objet l'assistance médicale ou l'hygiène et tenant tout ou partie de ses ressources de fonds publics ou de fonds privés recueillis avec le concours des collectivités publiques.

Il devra être pourvu, dans un délai de deux mois à compter de la publication du présent décret, sous le contrôle des Conseils de l'Ordre des Médecins, au remplacement des médecins juifs qui occuperaient de tels postes.

TITRE II

Candidats à l'inscription au tableau

Art. 10. — Tout candidat se trouvant au nombre des personnes définies à l'article premier de la loi du 2 juin 1941 et sollicitant son admission au tableau devra, préalablement au dépôt de sa demande régulière, adresser au médecin inspecteur de la santé une requête précisant sa situation au regard de ladite loi. Il lui en sera délivré récépissé.

Art. 11. — Le médecin inspecteur de la santé vérifiera si la candidature n'excède pas les limites respectivement fixées aux paragraphes premier et 2 de l'article premier ci-dessus et peut, en conséquence, être agréée.

Le résultat de cette vérification sera, pour chaque candidature, notifié au Conseil de l'Ordre des Médecins par le médecin inspecteur de la santé dans le délai maximum de quinze jours à compter du dépôt prévu à l'article précédent.

Art. 12. — Si la candidature excède les limites fixées aux paragraphes premier et 2 de l'article premier, le Conseil de l'Ordre, dans les trois jours de la notification, informera le postulant que sa demande n'est pas recevable.

Si la candidature n'excède pas ces limites, le Conseil de l'Ordre, dans le même délai, invitera le postulant à former une demande régulière d'inscription au tableau.

Si le nombre des candidatures excède celui des vacances ouvertes aux candidats juifs par l'effet des dispositions susvisées, le Conseil de l'Ordre les examinera simultanément et retiendra les candidats qu'il jugera les plus qualifiés.

Les décisions prises par le Conseil de l'Ordre en vertu du présent article sont susceptibles d'appel, dans les quinze jours de leur notification, devant le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins. L'appel peut être formé par les intéressés et par le médecin inspecteur de la santé. Il n'est pas suspensif.

Art. 13. — Au cas où la déclaration prévue à l'article 10 ci-dessus n'ayant pas été faite, le candidat aurait été irrégulièrement inscrit au tableau, il sera procédé à son égard conformément aux dispositions de l'article 4 ci-dessus.

Art. 14. — Le présent décret n'est pas applicable à l'Algérie, aux territoires relevant du secrétariat d'Etat aux colonies, aux pays de protectorat, à la Syrie et au Liban.

(*J. O.*, 6 septembre 1941.)

LIVRES NOUVEAUX

L'Ordre des Médecins, par Mlle A. Oudin, docteur en droit, 1 vol. in-8 carré (collection *Constructions nouvelles*. Prix : 50 fr. Edition de la Nouvelle France, Paris 1941).

La loi instituant l'Ordre des Médecins représente le type des lois dont l'interprétation fait surgir à chaque pas de multiples points d'interrogation. Dès lors, comment s'étonner que le Conseil Supérieur et son éminent Président « Prévôt des Médecins de France » se trouvent quelquefois en face de difficultés imprévues. Toutes ces difficultés, inévitables au début, sont remarquablement étudiées dans le volume très documenté que Mlle Oudin, vient, en juriste, de consacrer à l'Ordre des Médecins.

L'auteur expose dans une première partie l'*aspect historique* du problème posé par l'organisation et le fonctionnement de l'Ordre. Il rappelle les solutions adoptées à l'étranger, la législation française et ses étapes successives, enfin il rend un juste hommage à l'œuvre considérable des syndicats médicaux.

La seconde partie est consacrée à l'*aspect juridique* du problème. Ce problème est très complexe. Dans quelles limites l'Ordre peut-il exercer sa direction et son contrôle ? Certaines discussions, en particulier celle soulevée récemment à l'Académie de Médecine par le Professeur Balthazard, montrent qu'il est utile d'apporter des précisions à ce sujet. Mlle Oudin les fournit dans une étude très serrée. Elle constate, en définitive, que « l'Ordre n'est pas un instrument au service des intérêts personnels des praticiens. Il n'est pas le mandataire de ces derniers ; sa mission est beaucoup plus élevée : il a la garde des intérêts collectifs. Représentant de la corporation, il préside à ses destinées, mais sa puissance n'est pas telle qu'il puisse l'exercer d'une façon arbitraire. Il ne saurait excéder les limites de ses attributions et de sa capacité. Les médecins ne seront pas soumis sans contrôle à sa juridiction. »

F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 81-82. — 8-11 OCTOBRE 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Epreuve écrite du 7 octobre. — *Question d'anatomie sortie* : N° 2 Anatomie macroscopique et rapports du duodénum.

Questions restées dans l'urne : N° 1 Nerf sciatique poplité externe et ses branches, sans sa physiologie ; n° 3 Nerf récurrent droit sans physiologie, sans embryologie et sans histologie ; n° 4 Nerf grand hypoglosse à partir de son origine apparente avec ses branches et avec sa physiologie ; n° 5 La glande sous-maxillaire avec son canal excréteur sans physiologie et sans histologie ; n° 6 Tronc du nerf radial avec ses branches et sa physiologie ; n° 7 Artère utérine ; n° 8 Articulation tibio-tarsienne avec sa physiologie ; n° 9 Tronc de l'artère carotide externe et origines de ses branches.

Faculté de Médecine de Paris. — Rappelons que la première INSCRIPTION doit être prise *avant* le 18 octobre, de 9 heures à 12 heures. Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre une inscription par correspondance ou par mandataire.

DES CONCOURS DE CLINICAT sont prévus à la Faculté de Médecine à partir du lundi 20 octobre.

Les inscriptions auront lieu du 15 au 18 octobre.

— Une série supplémentaire de TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE LÉGALE aura lieu à partir du samedi 11 octobre 1941, à l'Institut Médico-Légal. Ces travaux pratiques sont strictement réservés pour les démobilisés. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 10 heures à midi et de 14 heures à 16 heures. Il ne sera perçu aucun droit.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — A l'occasion de l'Honorariat de M. le professeur G. PETGES, ses Collègues, ses Elèves et ses Amis ont pensé lui témoigner leur affection et leur reconnaissance en lui offrant *une médaille* dont l'exécution a été confiée au Maître bordelais Chrétien.

Prière d'envoyer les souscriptions avec la mention : Médaille du Professeur Petges, par chèque ou chèque postal au docteur Mougneau, C. C. P. 21.844, Bordeaux, 17, cours de Verdun, ou au Laboratoire de la Clinique dermatologique, à l'Hôpital Saint-André.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille. La date de la remise de la médaille sera fixée ultérieurement.

Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille. — Soucieux d'utiliser les loisirs de vacances sur place, quelques professeurs de la Faculté libre de Médecine de Lille ont organisé cette année, une série de conférences, en août et septembre. Prenant la parole deux fois par semaine, ils ont exposé quelques questions d'actualité, devant un nombreux public de médecins et d'étudiants.

Le vif succès remporté par ces causeries ne sera pas sans lendemain. Les Professeurs de la Faculté libre de médecine de Lille se proposent en effet de continuer cet enseignement pendant le semestre d'hiver. Leurs cours de perfectionnement seront certainement très suivis.

Voici quelques-uns des titres de conférences du Cours de vacances :

Professeur Bernard : *Applications pratiques des récentes découvertes en endocrinologie.* — Professeur Delattre : *Les métropathies d'origine ovarienne.* — Professeur Delattre : *Mécanismes des infarctus viscéraux.* — Professeur Bernard : *Les sédatifs en pathologie cardio-vasculaire.* — Professeur Le Grand : *Les vita-*

minés (3 leçons). — Professeur Bernard : *Faits expérimentaux et cliniques sur l'hypertension.* — Professeur Courty : *Le traitement moderne des brûlures étendues.* — Professeur Vincent : *Quelques données pratiques sur l'anatomie du sympathique* (2 leçons). — Professeur d'Halluin : *Pensons aux ressources appréciables que nous offre l'exploitation d'un climat solaire quand le combustible devient rare.* — Professeur Lepoutre : *Quelques données récentes sur la pathogénie et sur le traitement des accidents de l'occlusion intestinale.*

Ecole de Médecine de Caen. — Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Joseph Guibé, professeur de clinique chirurgicale, Pierre Lecornu, professeur de clinique médicale et Fernand Gidon, professeur d'histologie, récemment admis à la retraite, limite d'âge.

Ecole de Médecine de Limoges. — M. de Léobardy, professeur de clinique médicale est nommé directeur pour trois ans à dater du 1er octobre 1941.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Le *Journal Officiel* du 2 octobre 1941 publie l'arrêté relatif aux obligations des médecins chargés des VACCINATIONS antidiphtérique, antitétanique, antitypho-paratyphoïdique et des examens médicaux préalables. Nous publierons *in extenso* cet important arrêté dans un prochain numéro.

Médaille d'honneur du Service de Santé. — La médaille d'honneur du Service de Santé a été décernée aux personnes ci-après désignées qui se sont particulièrement distinguées dans les formations hospitalières de la région de Paris en juin 1940.

Médaille de vermeil. — MM. Sauvé (Louis), médecin colonel de réserve, chirurgien ; Dionisi (Henri), lieutenant-colonel d'administration, gestionnaire de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris ; Sureau (Maurice), professeur agrégé, médecin chef de l'hôpital de Créteil.

Médaille d'argent. — MM. Lhomme (Louis), médecin colonel de réserve, médecin chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce ; Vielle (Jean), médecin colonel, médecin chef de l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé ; Lorentz (Georges), médecin colonel de réserve, médecin chef de l'hôpital militaire Dominique-Larrey à Versailles ; Paoli (Antoine), médecin lieutenant-colonel de réserve, médecin chef de l'hôpital complémentaire Lakanal à Sceaux ; Monod (Raoul), médecin commandant de réserve, hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles ; Gentil (Alexandre), médecin commandant, hôpital complémentaire Foch à Suresnes ; Leroy (Maxime), médecin capitaine de réserve, hôpital militaire Percy, à Clamart ; Becart (Auguste), médecin capitaine de réserve, hôpital complémentaire Foch, à Suresnes ; Seguy (Jean), médecin capitaine de réserve, hôpital complémentaire du foyer des postes, télégraphes et téléphones à Cachan ; Mère supérieure Lætitia, de l'hôpital complémentaire Lakanal à Sceaux ; Sœur Saint-Georges, de l'hôpital complémentaire de Créteil.

Médaille de bronze. — MM. Grimault (René), médecin lieutenant de réserve, de l'hôpital complémentaire Lakanal à Sceaux ; Caput (Jean), médecin lieutenant de réserve ; Louis (Roger), médecin lieutenant de réserve ; Tolstoi (Serge), médecin auxiliaire, de l'hôpital complémentaire Foch à Suresnes ; Quinet (René), dentiste auxiliaire, de l'hôpital complémentaire Lakanal à Sceaux ; P. Pinet, adjudant de la place de Paris. (*J. O.*, 1er octobre 1941.)

Guerre. — Par décret du 16 septembre ont été admis à la retraite : MM. les médecins généraux inspecteurs Cadiot et Gay-Bonnet et M. le médecin général Peloquin.

(*J. O.*, 19 sept. 1941.)

Ecole Polytechnique. — La loi du 15 avril 1941 (*J. O.*, 23 sept. 1941), relative aux personnels de l'Ecole Polytechnique, prévoit un *personnel médical* comprenant un médecin-chef et deux médecins adjoints, l'un de ces derniers est spécialiste des questions d'éducation physique et des sports.

Le médecin-chef est assimilé aux professeurs de l'Enseignement Supérieur du cadre de Paris en ce qui concerne le statut et les conditions de retraite. Il fait partie du Conseil de Perfectionnement et du Conseil d'Instruction.

Administration pénitentiaire. — M. le Dr Répin (G.-J.) est nommé médecin de la maison d'arrêt d'Yvetot.

M. le Dr Dessard (P.-L.) est nommé médecin de la maison d'arrêt de Sedan.

M. Poulain (R.-G.) est nommé interne en chirurgie à l'infirmerie centrale des prisons de Fresnes en remplacement de M. Joinville. (*J. O.*, 28 sept. 1941.)

Clinique chirurgicale de la Faculté. — M. le Professeur Ch. Lenormant commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 21 octobre 1941, à 10 heures, à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur), et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

La Société de Pathologie comparée, reconnue d'utilité publique, reprendra ses travaux le mardi 14 octobre 1941, à 16 heures 30, à la Faculté de Médecine de Paris.

Les séances ont lieu le deuxième mardi de chaque mois.

Naissance. — Le Dr et Mme Didier Fourmont, à Paris, font part de la naissance de leur fils, Patrick.

Mariage. — La semaine dernière a été célébré, dans la plus stricte intimité, en raison d'un deuil récent, le mariage de M. Maurice Le Sourd, interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Anne-Marie Labouret.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée en la chapelle de l'archevêché par S. E. le Cardinal Suhard.

M. Maurice Le Sourd est le fils du Dr Louis Le Sourd, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Joseph et le neveu de notre directeur.

Voir la suite des Informations, page 817.

CHRONIQUE

Les adieux du Professeur Ombrédanne

Mardi, 30 septembre, dans l'amphithéâtre de la clinique de chirurgie infantile, le Professeur Ombrédanne avait réuni ses élèves et anciens élèves pour leur faire ses adieux. Dans une allocution émouvante, il a rappelé les travaux sortis de son service pendant les trente-deux années de son enseignement et de son activité hospitalière. Il montre les gros progrès accomplis dans les autoplasties de la face, le traitement de l'hypospadias, l'évolution de plus en plus chirurgicale de l'orthopédie avec les arthrodèses et arthrorises dans la paralysie infantile, les butées des hanches, les ostéosynthèses dans la scoliose. Il rappelle tout ce qu'il laisse à son successeur pour l'eneignement : des milliers de projections, de nombreux films — et un service en construction qui sera unique au monde. Son seul regret est de n'avoir pu l'inaugurer avant sa retraite. Puis, avant de se séparer, c'est d'une main temblante d'émotion que le maître aimé enlève pour la dernière fois cette blouse et ce tablier qu'il avait revêtu pour la première fois, il y a cinquante ans, à son entrée dans la vie hospitalière.

M. L.

CONVIENT-IL D'INSTRUIRE LE PROCÈS DES VITAMINES ?

par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Il n'y a pas si longtemps, un physiologiste éminent écrivait : « Pour la ration alimentaire de l'homme, seuls « comptent les albumines, les graisses et les hydrates de « carbone, l'eau et quelques sels. » Formule assurément simpliste, mais qui péchait par omission ! Quel cas faisait-elle, en effet, de ces corps agissant à toutes petites doses, et sans lesquels ni le développement ni l'entretien ne sont possibles : substances de lest, métalloïdes et métaux agissant par leurs propriétés catalytiques (G. Bertrand), amino-acides et, surtout, vitamines, ces *infiniment petits principaux*, pour employer le langage des mathématiciens ?

A la suite des recherches de K. Funk, celles-ci, sans avoir été longtemps à la peine, ont été tout de suite à l'honneur. D'innombrables travaux leur ont été consacrés. Elles sont tombées dans le domaine public. Les profanes, eux-mêmes, en dissertent doctement. Et certains ont pu croire qu'elles étaient appelées à remplacer, en physiologie, les aliments usuels, en thérapeutique, la plupart des médications. Qu'y a-t-il de fondé dans ces prétentions ? C'est ce que nous voudrions examiner ici.

***

Commençons à reconnaître que, malgré l'importance des travaux qu'elles ont suscités, nos connaissances à leur sujet sont, elles aussi, « minimales », et ce, pour de nombreuses raisons, dont il convient d'énumérer les principales, en se gardant bien d'oublier que, si « l'ordre est ce qu'il y a de plus rare dans les opérations de l'esprit », il est aussi ce qui leur est le plus nécessaire.

1° *Nous ne sommes pas encore fixés sur leur nombre exact :* jusqu'à ces derniers temps, ne rangeait-on pas sous la bannière de la vitamine F, aujourd'hui rayée des cadres, certains acides gras non saturés polyéthyléniques : acide linoléique, acide linolénique, peut-être acide arachidonique (L. Randoin) ? Dans le groupe des vitamines B ne fait-on pas rentrer provisoirement, non seulement les vitamines B^1 ou aneurine, B^2 ou lactoflavine, mais encore « dix ou onze » (1) autres, comme le montre l'excellent article de M. A. Giroud (*Presse médicale*, 30 octobre-2 novembre 1940, p. 863, 1940) ? Et sommes-nous certains qu'en dehors des vitamines A, B, C, D, E, K, P.P, il n'y en ait pas d'autres qui n'ont pu encore être décelées par l'analyse chimique ou par l'expérimentation ?

2° *Leurs propriétés pharmacologiques ou thérapeutiques sont loin d'être toutes bien déterminées.*

En ce qui concerne les *premières*, il suffit de lire les ouvrages classiques pour voir combien, si l'on fait abstraction des données qui semblent acquises, subsistent encore de problèmes n'ayant pas, jusqu'à présent, reçu leur solution. En voici trois, choisis entre tant d'autres.

Le rachitisme est-il lié à une avitaminose D ? Si oui, comment expliquer qu'on puisse l'obtenir, en dehors de toute restriction d'ergostérol dans le régime, par simple modification du rapport $\frac{Ca}{P}$?

Nous vivons sur l'idée que tout état pathologique amélioré ou guéri par l'administration de telle ou telle vitamine doit être considéré comme lié à l'avitaminose correspondante. Mais d'autres hypothèses ne sont pas exclues.

On peut se demander, par exemple, si le pouvoir thérapeutique des vitamines, dans certaines affections, n'est pas dû à leurs propriétés pharmacodynamiques propres. C'est ainsi que M. Paul Chauchard (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. 124, nos 11 et 12, séance du 25 mars 1941, p. 369-372, et *Comptes-rendus de la Société de biologie*, séance du 8 mars 1941, p. 248-251), ayant administré à des cobayes, recevant une alimentation normale, des vitamines B^1 (aneurine) et E (tocophérol), a constaté d'importantes modifications des chronaxies, en rapport avec l'action excitante, puis paralysante de ces vitamines sur les centres nerveux, et, plus particulièrement, sur le système cérébello-rubrique (L. Lapicque) pour la première, sur la moelle, pour la seconde. Les animaux étant soumis à un régime non carencé, impossible de faire intervenir la notion d'avitaminose. Force est donc de mettre en cause certaines propriétés spéciales aux vitamines B^1 et E. A l'appui de cette théorie, un argument de valeur : il existe de grandes ressemblances entre l'action de la première et celle de la strychnine (Bremer et Rislant, L. Lapicque), d'une part, de l'acétylcholine (P. et J. Chauchard), de l'autre. De ces faits, que conclure, si ce n'est que « l'origine avitaminosique d'une maladie doit être fondée sur la constatation réelle de la carence et ne peut être déduite seulement du rôle thérapeutique des vitamines » (P. Chauchard) ?

Comment expliquer que l'on puisse en déséquilibrant certaines rations alimentaires, aboutir à la production de crises polynévritiques identiques à celles que l'on observe dans l'avitaminose B^1, non améliorées par l'adjonction, à fortes doses, de la vitamine supposée déficiente, et guéries, en vingt-quatre heures, en dehors de tout apport vitaminique, par le rétablissement de l'équilibre (R. Lecoq) ? (Voir plus loin.)

Autres questions non résolues. Quelles sont les inter-réactions physiologiques des vitamines ? Leurs effets sont-ils synergiques ou opposés ? Quelles sont leurs relations avec les hormones ? Malgré les belles recherches de M. L. Giroud sur les rapports entre l'acide ascorbique et l'hormone surrénale, bien habile est celui qui, dans l'état actuel de la science, pourrait, après avoir envisagé toutes les éventualités possibles, fournir une réponse s'appliquant à tous les cas !

Passons aux *secondes*. Connaissons-nous toutes leurs propriétés thérapeutiques ? Assurément non ! Celles qui sont connues peuvent-elles être considérées comme définitivement acquises ? Oui, sans doute, mais seulement pour une partie d'entre elles. Sommes-nous fixés sur leur posologie ? Et, dans bien des circonstances, le médecin ne craint-il pas d'en donner trop ou trop peu ? Le fait est particulièrement frappant pour l'acide ascorbique, dont les doses à prescrire quotidiennement varient du simple ou quadruple, selon que l'on s'adresse à tel ou tel auteur.

3° Sommes-nous mieux renseignés sur la *quantité de vitamines contenues dans les divers aliments ?* Méditons ce qu'écrit à ce sujet un des meilleurs spécialistes, Mme L. Randoin (1) : « Malgré le labeur énorme consacré, en tous « les pays, aux dosages des différents principes nutritifs, « malgré les perfectionnements des méthodes de dosage, il « existe encore bien des lacunes, et beaucoup de données « figurant dans les « Tables » ne sont qu'approximatives. » (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, nos 15 et 16, séances des 22 et 29 avril 1941, p. 430).

4° Ne perdons jamais de vue, non plus, la *complexité des ensembles décrits sous le nom d'avitaminoses*, et qui comprennent, non seulement des troubles dus à l'absence, dans le régime, de telle ou telle vitamine, mais encore bien d'autres symptômes liés, soit à un trouble du métabolisme, qu'il s'agisse des glucides, des lipides, des protides, des sels, de l'eau, du calcium, du phosphore, etc..., soit à une infection, en particulier intestinale, s'opposant à l'absorption des vitamines (*carence d'absorption* ou *d'assimilation*), soit à une altération endocrinienne ou vago-sympathique (2). Un exemple : l'avitaminose C. Qu'en pensent

(1) Vitamines B^3, B^4, B^6, B^7, Bv, H', facteur antianémique de Kline, filtrant, W, de maturité.

(1) Lucie Randoin. *Vues actuelles sur le problème de l'alimentation, avec tables de composition des aliments.* Paris, 1937.

(2) R. Lecoq. *Déséquilibres alimentaires, nutritifs et humoraux.* Paris, 1939, 2e édition.

Ed. Lesné et R. Clément ? Dans leur article du *Traité de Médecine des Enfants* (Paris, 1934, in-8°, p. 484), ils écrivent : « En pratique, très souvent, le scorbut n'est pas pur, « et, à l'absence de vitamine C s'associe la carence plus ou « moins relative d'une ou plusieurs vitamines, et, parfois « aussi, une carence de graisses et d'acides aminés. » Quelques lignes plus loin, ils notent qu'« une association « des plus fréquentes est celle du rachitisme et du scorbut ». Passons à la page 485 : : « Très souvent, le syndrome pré« senté par l'enfant scorbutique comprend, outre les symp« tômes de carence, des signes d'infection ou des troubles « gastro-intestinaux. » M. R. Lecoq estime, de même, que nombre d'états pathologiques : maladies dites de la nutrition, diabète, hyperthyroïdie, troubles digestifs, entérites infectieuses, auto et hétéro-intoxications, d'opérations, de traumatismes, la grossesse, etc., sont générateurs d'acidose, d'où exagération des besoins de l'organisme en vitamine B^1, afin de lui permettre de digérer les glucides, dont on connaît le pouvoir anticétonique. Des considérations analogues pourraient être exposées en ce qui concerne les déséquilibres alimentaires minéraux et les déséquilibres nutritifs et humoraux intervenant dans le sens de l'alcalose et occasionnant une dépense excessive en vitamine B^2, C et D (id.).

5° D'autres faits, enfin, montrent que les notions relatives aux vitamines doivent s'intégrer dans un problème infiniment plus vaste, celui des *équilibres alimentaires* (R. Lecoq, Mme L. Randoin) (1). D'après la loi formulée par ces auteurs, et que sont venues confirmer d'innombrables recherches, tant cliniques qu'expérimentales, pour qu'un régime soit convenable, il faut qu'il existe un certain équilibre entre les divers éléments qui le constituent : entre glucides, lipides et protides ; entre les composants de ces trois principaux groupes d'aliments ; entre eux et l'eau ; entre eux, l'eau et les sels ; entre eux, l'eau, les sels et les substances de lest ; entre les principes précédents et les *infiniment petits chimiques* de G. Bertrand ; entre tous ces produits et les vitamines ; entre les vitamines elles-mêmes, etc. (2). Est-il besoin de faire observer que, malgré les magistrales recherches de Mme L. Randoin, ces rapports sont loin d'être encore tous parfaitement connus ? Notons seulement que cette notion de déséquilibre alimentaire va très loin, s'il est vrai, comme le soutient M. R. Lecoq (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 29 avril 1941, n°s 15-16, p. 483-489), que, combinés à d'autres déséquilibres nutritifs et humoraux, ils tiennent sous leur dépendance nombre de syndromes avitaminiques, comme nous avons déjà eu l'occasion de le montrer.

***

Après l'acte d'accusation fondé sur tant de présomptions « graves, précises, concordantes », et le « réquisitoire », la « défense » ! Elle peut être brièvement exposée. Quelles que soient les obscurités du sujet, nous savons, à n'en pas douter, que certaines vitamines ont une formule chimique comme des propriétés physico-chimiques définies, et qu'elles possèdent en propre certains caractères. Qui, aujourd'hui, oserait nier l'existence d'une avitaminose A, B^1, C, D, E et P.P, puisqu'on la produit, sans changer les autres conditions de l'expérience, en supprimant du régime la vitamine correspondante et qu'on la guérit en y réintroduisant cette vitamine ? Qui pourrait mettre en doute les résultats inespérés de l'administration de vitamine C dans le scorbut, de la vitamine D dans le rachitisme, de la vitamine E dans la stérilité ? Mettre en doute ces résultats, ce serait contester les effets de la digitale dans les cardiopathies, de la quinine dans le paludisme, des sulfamides dans les infections.

(1) Il n'est que juste de rappeler les travaux antérieurs de nombreux savants : Mac Collum, Desgrez, Bierry et Rathery, Portier, Lesné et Ch. Richet, G. Mouriquand, Perrot et Lecoq.

(2) Cf. L. Randoin, Les équilibres alimentaires ; les aliments de remplacement. Conférences du Palais de la Découverte, février 1941.

***

Il ne reste plus qu'à rendre le jugement. Le bon sens veut que le verdict soit l'acquittement et non la condamnation. Le recours aux vitamines s'impose en nombre de circonstances :

En *bromatologie*, à condition de ne pas oublier « les « autres principes primordiaux qui dirigent notre nutri« tion. Les idées fondamentales sont encore et toujours la « notion des calories, celle des matières protéiques, ou « mieux des acides aminés, et celle des lipides, ou mieux, « des acides gras non saturés, dont l'organisme ne fait « pas la synthèse. L'invitamination médicamenteuse (c'est« à-dire l'administration de vitamines sous forme médi« camenteuse) peut, dans les circonstances que nous tra« versons, donner de bons résultats. Elle ne peut, néan« moins, rectifier les méfaits de l'insuffisance alimentaire « proprement dite, non plus que ceux qui dépendent des « déséquilibres alimentaires. » (Ed. Lesné et Ch. Richet.) (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 11 mars 1941, t. 124, n°s 9 et 10, p. 273-280.)

En *thérapeutique*, à condition que : les troubles observés soient bien attribuables à une avitaminose, et que l'on n'attribue pas automatiquement à une avitaminose tout ensemble morbide amélioré ou guéri par l'administration d'une vitamine donnée ; l'on traite par les moyens appropriés les troubles associés ; l'on donne, de la vitamine nécessaire, les doses voulues, qui, dans certains cas de déséquilibres alimentaires, nutritifs ou humoraux, doit être beaucoup plus élevée qu'on ne le croit d'habitude (R. Lecoq), l'organisme les gaspillant au lieu de les utiliser normalement ; et, surtout, que l'on s'abstienne de toute action capable de détruire l'équilibre alimentaire.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE PAR LES SULFAMIDES

Par Henry Duvergey

Chef de clinique urologique à la Faculté de Bordeaux

Les sulfamides ont provoqué une véritable révolution dans la thérapeutique de la blennorragie, thérapeutique encore à ses débuts mais qui n'en demeure pas moins riche d'espérance pour l'avenir.

Pour constater les progrès réalisés dans la lutte contre le gonocoque, il suffit de rappeler trois dates et les résultats obtenus à chaque période :

1916, Janet par l'emploi des grands lavages urétro-vésicaux réduit la durée moyenne d'une blennorragie à 42 jours avec 10 à 20 p. 100 de complications ;

1936, vingt ans après, premiers essais des sulfamides (1162 F), l'écoulement urétral disparaît en moyenne en 5 jours, la guérison s'observe dans 90 % des cas du 14e au 21e jour et les complications sont exceptionnelles ;

1939, emploi de la sulfamide pyridique avec 90 % de guérison du 2e au 5e jour et l'on note l'absence de complications.

D'après ces derniers chiffres, il semble que la blennorragie devienne une maladie facile à traiter et dont les résultats sont aussi impressionnants pour le client que pour le médecin.

Dans la pratique, il en est tout autrement : la sulfamide est une arme puissante dans les mains du thérapeute mais elle a besoin d'être maniée avec beaucoup de doigté et d'expérience. Comme pour les arsénicaux, on peut répéter le proverbe : « La façon de donner vaut mieux que ce que l'on donne ».

Les échecs de cette thérapeutique sont nombreux, soit que les malades se traitent eux-mêmes — la blennorragie redevenant comme autrefois une maladie de « pharmacien », — soit que ceux qui la prescrivent n'aient pas une expérience suffisante.

Principes du traitement. — Les caractères de ce traitement se résument ainsi ; il doit être :

1° *Précoce :* Commencer la sulfamide le plus tôt possible, à tel point que les traitements abortifs et curatifs se confondent. C'est une erreur de laisser couler pendant une ou deux semaines et de s'attaquer à la blennorragie par la sulfamide dès que l'écoulement diminue d'intensité. Agir vite contre un gonocoque jeune et peu résistant est le premier principe.

2° *Intensif* et *régressif :* Ne pas prescrire au début la sulfamide à doses faibles pour atteindre un maximum et redescendre dans la suite. Agir fort avec la *dose maxima* le premier jour du traitement. Dans la majorité des cas 3 et 4 gr. de sulfamide sont très bien supportés pendant les premières vingt-quatre heures, à condition de prendre certaines précautions, telles que repos au lit, — la blennorragie étant soignée au même titre qu'une infection générale — régime sévère, surveillance du médecin avec un contrôle complet, répété et prolongé ; on ne saurait trop insister sur ce point. Si le malade manifeste des accidents graves, viscéraux, sanguins ou nerveux, le médecin fera cesser aussitôt la sulfamide.

Ayant frappé vite et fort dès le début de l'infection, on peut se permettre de prescrire un traitement régressif qui, en 4 à 5 jours conduira des fortes doses aux doses minima.

3° *Fractionné :* L'élimination de la sulfamide dans les urines étant très rapide, il y a intérêt à maintenir constant son taux de concentration dans le sang. Pour cela, on conseille la prise régulière de sulfamide toutes les 3 ou 4 heures, suivant la dose prescrite, la nuit comme le jour.

4° *Court :* Le corollaire de l'intensité du traitement en est sa brièveté. Contrairement à certaines opinions qui préconisent des cures prolongées, l'expérience récente montre que si la sulfamide n'a pas agi en une semaine à une semaine et demie, il est inutile de continuer une thérapeutique qui fatigue en vain les malades.

Il y a mieux à faire qu'à continuer d'une façon intempestive la cure sulfamidée, la cause de l'échec doit être recherchée, causes d'ordre général, sulfamido-résistances, causes le plus souvent d'ordre local, complications urétro-prostatiques. Ainsi nous avons vu un malade avoir absorbé 60 gr. de sulfamide alors que la complication prostatique traitée, il guérissait en quelques semaines.

Il est inutile d'insister sur les avantages d'un traitement aussi court qui ne fatigue jamais les malades ; aussi peut-on recommencer, après une semaine de repos, une nouvelle cure au cas où l'écoulement réapparaîtrait, à l'occasion d'une épreuve de guérison, par exemple.

Sulfamides employées. — Nous citerons, pour mémoire, les sulfamides mises en usage depuis 1936 ; elles dérivent toutes de substances chimiques caractérisées par la présence dans leur molécule d'un radical SO^2NH^2 ou sulfamide, greffé sur un noyau hexagonal ou benzoïque. Ces corps sont divisés en trois groupes :

1° La sulfamide proprement dite ou 1162 F (lysococcine, néococcyl, septoplix, bactéramide, prontosil, album, sulfanilamide, etc.), formule chimique la plus simple mais moins active sur le gonocoque et moins bien tolérée que les groupes suivants ;

2° Substances dérivées du 1162 F par adjonction chimique sur le sommet de l'hexagone opposé au radical sulfamide (septazine, albucid, proniton, silénan, etc.), produits d'un pouvoir bactéricide semblable aux précédents mais d'une toxicité moindre ;

3° Corps dérivants du 1162 F par une adjonction chimique sur le radical sulfamide lui-même ; ils ont une *action élective* sur le gonocoque et sont au nombre de deux :

a) La *sulfamide pyridique*, ce sont le 693 (dagénan, sulfapyridine) et le 402 M (lysapyrine) ; ils se présentent sous forme de comprimés de cinquante centigrammes et sont prescrits à la dose maxima de 4 gr. en vingt-quatre heures ; ces produits existent en solution pour injections intramusculaires ;

b) La *sulfamide thiazol*, elle comprend le 146 RP, produit très actif, mais à rejeter en raison de sa cristallisation dans les urines et le 2090 RP (thiazomide — cibazol), préparation d'une extraordinaire efficacité et qui est employée à très forte dose, 5 à 6 gr. et même plus, en vingt-quatre heures.

Modes d'emploi. — Avant de prescrire tout traitement sulfamidé, il est indispensable d'examiner à fond, et cela dès la première consultation, le malade et de porter le diagnostic exact et précis de localisation, d'où découlera le traitement qui ne saurait être le même dans tous les cas (Grollet).

Autrement dit, si la blennorragie aiguë simple tombe dans le domaine du médecin praticien, la blennorragie subaiguë, chronique ou compliquée sera soumise à un spécialiste qui en même temps traitera la complication urétrale ou prostatique.

Les sulfamides peuvent être employées de trois façons différentes : seules, associées aux lavages ou instillations urétrales ou adjointes à la pyrothérapie.

1° *Traitement sulfamidé simple :*

Voici les deux formules les plus employées et qui donnent en moyenne une guérison en huit à dix jours dans 70 % des cas traités :

3 jours à 3 gr.	9 gr.
3 jours à 2 gr.	6 gr.
3 jours à 1 gr.	3 gr.
—	—
9 jours	18 gr.

Première formule qui fait absorber 18 gr. de sulfamide en 9 jours et qui est souvent abandonnée au profit de cette seconde posologie à début plus intensif :

2 jours à 4 gr.	8 gr.
2 jours à 3 gr.	6 gr.
2 jours à 2 gr.	4 gr.
2 jours à 1 gr.	2 gr.
—	—
8 jours	20 gr.

Pour amener une imprégnation continue de l'organisme, il est recommandé de prendre la sulfamide à dose fractionnée à raison d'un comprimé toutes les trois ou quatre heures suivant la dose prescrite et cela jour et nuit. Parfois même, le patient peut l'absorber à raison d'un demi-comprimé.

Afin d'éviter les intolérances gastriques, il est recommandé d'avaler le comprimé dans un verre d'eau additionné d'une demi-cuillerée à café de bicarbonate de soude. Rappelons que les malades s'abstiendront de tout médicament soufré (sulfate de soude), d'aliments soufrés (œufs) et de toute chimiothérapie amenant un trouble de l'hématopoïèse (sels d'or, arsenic, bismuth).

Les sulfamides peuvent être administrées en traitement complémentaire par des injections intramusculaires ou intraveineuses ; ces injections ont le mérite de faire absorber par l'organisme la dose élevée mais nécessaire de sulfamide alors que l'estomac de certains malades ne peuvent la supporter ; cette thérapeutique permet de plus au médecin de garder le contrôle du malade et de le suivre jusqu'à la fin du traitement.

Résultats : Malgré les résultats encourageants de cette méthode si simple, elle est à abandonner dans la majorité des cas, car malgré des doses élevées de sulfamide ingérées, on observe parfois la reprise de l'écoulement avec la fin du traitement et des échecs dans 10 % des cas.

Nouvelle technique : Ce traitement sulfamidé simple est repris actuellement depuis la découverte de la sulfamide thiazol. La blennorragie est traitée comme une infection générale avec régime sévère, repos au lit et absorption en vingt-quatre heures, de 10 gr. de sulfamide thiazol suivant cette posologie :

3 gr. d'emblée.
2 gr. au bout de deux heures.
1 gr. toutes les heures jusqu'à atteindre 10 gr.

Nous citons cette posologie pour mémoire car nous n'en avons pas suffisamment l'expérience. Il n'est pas douteux que deux des principes énoncés au début de ce travail se trouvent particulièrement bien réalisés, à savoir son caractère d'intensité et de courte durée. Seul l'avenir nous permettra de juger cette thérapeutique qui pourrait avoir des conséquences incalculables au point de vue social.

2° *Sulfamides associées aux lavages.*

L'avantage d'associer les grands lavages urétro-vésicaux aux sulfamides est de faire bénéficier les malades d'une guérison certaine et relativement rapide avec des doses faibles de sulfamide ; traitement à conseiller par conséquent, chaque fois qu'on se trouve en présence de personnes tarées, fatiguées ou âgées.

On obtient la guérison en une moyenne de 7 jours dans 85 % des cas et on note l'absence de complications.

Les lavages se feront au permanganate de potasse ou mieux au cyanure de mercure ; les deux premiers seront limités à l'urètre antérieur, les autres seront de grands lavages urétro-vésicaux pratiqués suivant la méthode de Janet.

En plus des lavages quotidiens ou biquotidiens, on prescrit les sulfamides :

2 jours à 2 gr.	4 gr.
2 jours à 1 gr. 50................	3 gr.
2 jours à 1 gr.	2 gr.
2 jours à 0 gr. 50................	1 gr.
—	—
8 jours	10 gr.

Ainsi la durée du traitement est de 8 jours et la dose de sulfamide absorbée de 10 gr. est vraiment peu importante.

Janet conseille d'étendre le traitement abortif de la blennorragie tel qu'il l'a enseigné, associé à la sulfamide. On pourra traiter avec succès par cette méthode des malades dont l'écoulement remonte à 2 et 3 jours et qui ont dépassé le temps du traitement abortif simple. En plus des 2 gr. de sulfamide à prescrire par jour, on pratiquera pendant trois jours, matin et soir, une injection d'argyrol ou de vitargyl à 20 %.

3° *Sulfamide et pyrothérapie :*

Il s'agit d'une nouvelle technique qui se caractérise par l'emploi simultané de la pyrothérapie, d'antiseptique urinaire et de sulfamide, mise au point par Grollet et qui est, sans aucun doute, un progrès réalisé sur le traitement sulfamidé simple.

a) Pyrothérapie : C'est un facteur d'une efficacité certaine et reconnu comme tel depuis longtemps dans le traitement des maladies infectieuses. Produire un choc avec une élévation importante de température est le but poursuivi par l'emploi de vaccins antigonococciques ou mieux de propidon. Cette injection de 4 cm³ se fait sous-cutanée profonde ou intramusculaire ; elle provoque une réaction locale fort douloureuse pour le malade et une réaction thermique qui atteint son maximum six heures après l'injection. La réaction thermique est variable suivant les malades ; elle peut dépasser 40° mais il est à noter que le résultat clinique est d'autant meilleur que la réaction a été plus vive.

Dans la blennorragie simple on fera une seule injection de propidon le premier jour du traitement ; dans les formes compliquées, il sera pratiqué une seconde injection de rappel le 4e jour.

Les malades resteront au régime lacté pendant 24 ou 36 heures et garderont le lit le jour et le lendemain de la piqûre.

On peut substituer au propidon des séances d'onde courte qui provoquent un résultat pyrothérapique semblable et ont l'avantage de supprimer au patient les réactions locales intenses de la piqûre.

b) Antiseptique urinaire : Le second progrès est réalisé par l'association d'antiseptique urinaire utilisé comme mordant ; ils renforcent l'action de la sulfamide et assèchent le canal très rapidement et suppriment le léger suintement persistant en fin de traitement et qui a une importance clinique et surtout psychique de premier ordre.

La sulfamide 402 M, toutefois, possède cette action secondaire desséchante sur la muqueuse urétrale ; elle le doit à la combinaison de la sulfamide pyridique et de l'alumine.

En principe tous les antiseptiques urinaires peuvent être employés à la dose de 1 gr. 50 par jour, sauf ceux qui dégagent du formol ; on prescrira l'uroformine, le salol, le salicylate d'oxyquinoléine, le santalol, etc.

c) Lavage de l'urètre antérieur : Le premier jour de traitement, il est conseillé de faire un lavage de l'urètre antérieur dans les formes simples, lavages de « détersion » sous faible pression à l'oxycyanure de mercure à 1 p. 5.000 à 7.500 suivant la susceptibilité du canal ; le permanganate de potasse sera abandonné car il est décomposé *in vitro* par la sulfamide et par conséquent détruit en partie.

d) Conduite du traitement : Celle-ci varie suivant que l'on se trouve en présence d'une forme simple ou compliquée ; voici en résumé la conduite à tenir en présence de ces deux cas :

I. — *Traitement de la blennorragie simple :*

1er jour : diète lactée, 4 gr. de sulfamide pyridique ou 6 gr. de sulfamide thiazol, 1 gr. 50 d'uroformine en 3 fois; injection de 4 cm³ de propidon dans l'après-midi ; lavage de l'urètre antérieur au cyanure de mercure.

2e jour : Régime lacto-végétarien, même dose de sulfamide et d'uroformine.

3e jour : Régime lacto-végétarien, 3 gr. de sulfamide pyridique ou 4 gr. de sulfamide thiazol, même dose d'uroformine.

4e jour : même dose que le 3e jour.

5e jour : tests de guérison.

II. — *Traitement de la blennorragie compliquée :*

1er jour : diète lactée, 4 gr. sulfamide-pyridique ou 6 gr. sulfamide-thiazol ; injection de 4 cm³ de propidon ; 1 gr. 50 d'uroformine ; traitement de la complication en cause et *cela tous les jours.*

2e jour : régime lacto-végétarien, mêmes doses de sulfamide et d'uroformine.

3e jour : régime lacto-végétarien, 3 gr. de sulfamide pyridique ou 4 gr. de sulfamide thiazol ; même dose d'uroformine.

4e jour : diète lactée, mêmes doses de sulfamide et d'uroformine, seconde injection de 4 cm³ de propidon.

5e jour : mise en observation, 1 gr. 50 d'uroformine.

6e jour : Epreuves de guérison.

Ainsi la dose de sulfamide ingérée est petite puisque pour la pyridique elle est de 14 gr. et pour la thiazol de 20 gr.

Les tests de guérison seront faits systématiquement le 5e jour dans la blennorragie simple, le 6e dans la compliquée ; on aura recours aux épreuves classiques de la bière, du massage de prostate, de l'instillation au nitrate d'argent.

Exceptionnellement on peut observer à l'occasion de ces épreuves de guérison un retour offensif du gonocoque. Si l'on veut donc affirmer la guérison, il est utile de faire une réactivation quotidienne pendant deux ou trois jours avec un examen bactériologique des sécrétions urétrales.

Résultats. — Ils sont impressionnants puisque dans la forme simple la guérison bactériologique est constatée dans 50 % en 4 jours et dans les 45 % des cas restant en 6 jours ; les échecs varient suivant les auteurs de 2 à 5 %.

Dans les formes compliquées, la guérison bactériologiques est obtenue dans 50 % en une semaine et dans 30 % en deux semaines ; les 20 % restant mettent plusieurs semaines et parfois on observe des sulfamino-résistances.

Les causes d'échec du traitement sulfamidé.

Elles sont nombreuses et se résument ainsi :

1° La sulfamide est administrée dès le début du traitement à des doses insuffisantes, pour les uns en raison de la toxicité du produit, pour les autres en vue de troubles éventuels occasionnés sur la spermatogénèse, autant de fausses raisons s'il existe dès le début le contrôle médical ; mieux vaut abandonner la sulfamide que de la prescrire

à faible dose car on produit des sulfamino-résistances qui se retransmettront héréditairement.

2° Son administration est incorrecte car on n'évite pas le « trou » de la nuit et les malades se trouvent douze heures sur vingt-quatre en dehors de toute action sulfamidée.

3° Le sujet peut être porteur d'une complication persistante qui nécessite un examen urétroscopique, un traitement endoscopique ou autre, fait par un spécialiste compétent. Dans certains cas, la sulfaminothérapie locale peut donner des succès rapides et durables.

4° On peut avoir à faire à un récidiviste sulfamino-résistant en raison des doses ingérées souvent énormes et chez qui la sulfamide sera de parti pris abandonnée au profit des anciens traitements.

5° Parfois le malade n'élimine pas la sulfamide dans ses urines car elle est retenue dans le système réticulo-endothélial et reste, par conséquent, inactive. La technique du déblocage consistera à faire une injection intraveineuse quotidienne de 5 cm³ de rouge Congo à 1 %. Sous l'effet de ce seul traitement et ayant arrêté toute absorption de sulfamide, on observera des guérisons rapides qui s'expliquent par la mise en circulation de la sulfamide par suite de son déblocage.

Il semble donc que malgré la découverte de la sulfamide, la blennorragie reste une maladie difficile à bien traiter. Il faut arriver à surprendre le gonocoque et à le tuer avant qu'il ne soit installé « confortablement » dans le canal. Dans l'état actuel de nos connaissances la sulfamide pyridique ou thiazol associée à la pyrothérapie est le traitement de choix.

C'est par des mises au point fréquentes d'une thérapeutique sans cesse en évolution que l'on arrivera à éduquer simultanément le malade et le médecin et à combattre d'une façon efficace ce dangereux fléau qu'est la blennorragie (Janet).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 15 septembre 1941

Sur un alcaloïde à action excito-respiratoire. — M. Raymond Hamet, a extrait des rhizomes d'une plante de la famille des Nymphéacées un alcaloïde comparable à la nupharine. Cet alcaloïde est doué d'un pouvoir excito-respiratoire bien marqué et durable.

Séance du 22 septembre 1941

Le rôle de la vitamine B_2 (lacto-flavine) dans la capacité d'utilisation du glucose par la cellule vivante, au cours de la respiration. — M. Ph. Joyet-Lavergne.

La régénération de la tête des lombrics en l'absence du tube digestif. — M. Marcel Avel.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 7 octobre 1941

Notice nécrologique. — M. Bourguignon donne lecture d'une notice sur Jean Gautrelet.

Traitement chirurgical de l'hémorragie cérébrale. — MM. J. Lhermitte et J. Guillaume rapportent deux observations d'apoplexie progressive d'évolution extrêmement grave. Dans l'hypertension avec stase des papilles, une petite trépanation temporo-pariétale fut pratiquée qui permit de pratiquer une section des circonvolutions cérébrales œdematiées et d'enlever caillot et sang liquéfiés. La guérison complète fut obtenue très rapidement ; les auteurs insistent sur la nécessité de choisir les cas favorables c'est-à-dire ceux qui correspondent à l'hématome intracérébral circonscrit. Les apoplexies qui résultent d'une hémorragie secondaire à l'encéphalomalacie ne se prêtent pas à cette intervention.

Sur la production des sérums antivenimeux au moyen des anavenins spécifiques et des substances adjuvantes de l'immunité. — MM. G. Ramon, P. Boquet, R. Richou, L. Nicol et Mme M. Delaunay-Ramon. — Des essais relatés par les auteurs et des exemples qu'ils donnent il ressort que des sérums antivenimeux de diverses sortes dirigés respectivement contre les venins de Vipera Aspis, de Cobra, de Naja-Haje, de Cerastes Cornutus, peuvent être obtenus en l'espace de quatre à six semaines chez le cheval immunisé au moyen de l'anavenin spécifique additionné soit de tapioca, soit de tanin, alors que jusqu'ici il fallait pour préparer des sérums d'une activité équivalente, six à dix mois d'immunisation, c'est-à-dire en moyenne huit fois plus de temps, en utilisant comme on le faisait dernièrement, la technique surannée des injections multiples de venin non modifié.

Ces résultats comparatifs permettent de mesurer à la fois les perfectionnements réalisés et les avantages que présente l'utilisation des anavenins et des substances stimulantes de l'immunité dans l'obtention des sérums antivenimeux destinés à l'usage thérapeutique. Comme ceux qui ressortent de l'emploi des anatoxines et des mêmes substances adjuvantes, dans la préparation des sérums antidiphtériques et antitétaniques, ces avantages sont particulièrement précieux dans les temps présents.

Cultures microbiennes cryptogénétiques et création d'arséno-résistance in vitro. — M. Milian et Mme Noury. — Lorsqu'on ensemence du staphylocoque ou du streptocoque sur des tubes de bouillon renfermant un demi-milligramme à deux centigrammes de novarsénobenzol ou d'arséniate de soude, les tubes de culture restent clairs et paraissent stériles, comme si l'arsenic avait tué le microbe ensemencé.

Mais si l'on ensemence une trace de bouillon arsénié apparemment stérile sur du bouillon pur on constate que le staphylocoque et le streptocoque y poussent normalement comme s'ils sortaient d'une culture ordinaire, c'est-à-dire que le tube se trouble en 24 heures.

L'arsenic a donc empêché le développement des cocci mais ne les a pas tués (culture cryptogénique véritable microbisme latent), puisqu'ils sont capables de repulluler en milieu ordinaire.

En partant de ces cultures cryptogéniques on arrive progressivement à faire pousser le staphylocoque directement sur des milieux renfermant deux centigrammes d'arséniate de soude, alors qu'il suffit de 0 milligr. 5 pour empêcher le développement d'une race ordinaire. Il y a donc création *in vitro* d'une race microbienne arséno-résistante.

Vaccination antirabique des chiens après morsure. — MM. Remlinger et Bailly.

Recherches sur l'histophysiologie des plèvres médiastinale et scissurale chez l'homme. — MM. Policard et Galy.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 septembre 1941

Evolution de la nicotinamidémie et de l'excrétion urinaire de vitamine P. P. au cours du traitement nicotinique de la pellagre. — MM. L. Justin-Besançon et A. Lwoff ont constaté, chez une Parisienne atteinte de pellagre classique, que le taux urinaire de la vitamine nicotinique était devenu presque nul. L'injection sous-cutanée d'un gramme d'amide nicotinique fut suivie d'une ascension rapide de la nicotinamidémie qui atteignit son maximum en une demi-heure. Mais, par contre, pendant les premières vingt-quatre heures, l'organisme sevré de vitamine la conserve et le taux urinaire reste très bas. Il se relève dès le deuxième jour du traitement aux mêmes doses quotidiennes (1 gr. d'amide nicotinique).

Mais huit jours après la fin du traitement ayant nécessité 8 grammes d'amide nicotinique, l'élimination urinaire de la vitamine P. P. reste très supérieure à la normale, ce qui prouve que la saturation du sujet a bien été réalisée.

Le facteur racial dans la glycémie. — M. Millot.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

(Sections de Médecine et Biologie)

Séance du 6 juin 1941

Un cas de Sodoku. Guérison après arsénothérapie. — MM. G. Giraud, J.-M. Bert, Mlle M. Giraud et M. A. Vedel ont observé un cas de sodoku chez un jeune mineur mordu par un rat. Une réaction lymphangitique tardive et une courbe thermique de type recurrent représentaient toute la symptomatologie.

La preuve étiologique a été faite à partir de frottis de suc ganglionnaire qui ont montré des spirochètes assez nombreux, longs, peu ondulés. Les inoculations au cobaye sont restées négatives. La guérison complète a été obtenue par un traitement arsénobenzénique (2 gr. 10).

Syndrome de Guillain-Barré avec œdème persistant aux membres inférieurs. — MM. J. Euzière, E. Fassio, N.-G. Duc et Mlle Coursange.

Deux cas d'hémoptysie tuberculeuse foudroyante avec rejet minime de sang. — MM. J. Vidal, J. Fourcade et G. Blaquière.

Angine tuberculeuse à forme miliaire. — MM. J. Vidal, J. Fourcade et G. Blaquière, ont vu apparaître chez une malade atteinte de tuberculose pulmonaire, sans expectoration bacillifère, une angine tuberculeuse à forme miliaire qui a évolué vers la mort en cinq mois.

Une épidémie d'hépatites ictérigènes. — MM. L. Rimbaud, H. Serre et Mlle L. Bougarel ont observé une épidémie échelonnée de juillet 1940 à février 1941. Elle a pris naissance dans les troupes belges cantonnées autour de Montpellier et a gagné de là les troupes françaises (infanterie, artillerie et aviation) ; elle a débordé très légèrement sur la population civile. Un seul cas a été enregistré parmi les jeunes gens des groupements de jeunesse. L'âge des malades a varié de 17 à 31 ans.

Cette épidémie a fait suite à une épidémie d'entérite dysentériforme.

La symptomatologie a été celle d'un ictère catarrhal bénin précédé d'un syndrome infectieux d'une durée de trois semaines à un mois.

On a noté quatre formes prolongées (de 2 à 4 mois), guéries par tubages duodénaux, et une spirochétose ictéro-hémorragique probable.

L'étiologie et le mode de contagion n'ont pas été élucidés.

Deux cas de syndrome de Guillain-Barré. — MM. L. Rimbaud, H. Serre et Mlle L. Bougarel. — A propos de ces deux cas, l'étiologie du syndrome de Guillain et Barré est reprise. L'infection à virus neurotrope paraît l'hypothèse la plus logique, surtout lorsqu'on se trouve en présence de cas comparables à celui de la deuxième observation, qui dépassait largement le cadre du syndrome en question.

Endocardite staphylococcique aiguë à forme méningo-hémorragique au cours d'une polyvalvulite rhumatismale évolutive. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, Mlle L. Bougarel et M. P. Sentein ont vu apparaître chez un homme jeune atteint de rhumatisme cardiaque évolutif, des signes méningés aigus avec intense réaction albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, cependant clair et stérile. Puis s'installa un syndrome hémorragique : nodules purpuriques des extrémités sans tendance suppurative, épistaxis, hématurie microscopique, liquide céphalo-rachidien rosé. L'hémoculture, par deux fois, donna du staphylocoque doré (800 germes par centimètre cube de sang).

Mort rapide. A l'autopsie : deux foyers d'hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire ; lésions d'endocardite, les unes anciennes, les autres récentes avec suppuration microscopique.

A souligner : la rareté des endocardites staphylococciques secondaires à la maladie de Bouillaud, le tableau clinique particulier qui justifie la dénomination de « forme méningo-hémorragique », et en l'absence de suppuration des embolies cutanées la difficulté du diagnostic clinique.

Anomalies électrocardiographiques dans une maladie de Friedreich. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, Mlle L. Boucarel et M. R. Sarran. — Chez un jeune homme de 16 ans atteint de maladie de Friedreich typique, ne présentant aucun signe clinique cardiaque, sauf un troisième bruit du cœur, l'électrocardiogramme montre des anomalies : onde T diphasique en D_1, profondément inversée en D_2 et D_3, onde Q profonde en D_3.

Ces troubles représentent une forme mineure des modifications électrocardiographiques du type coronarien décrites par plusieurs auteurs, au cours de la maladie de Friedreich et non accompagnées de signes cliniques.

Gonococcie sulfamido-résistante. Mise en évidence d'une rétention tissulaire de la sulfamidopyridine. — MM. M. Janbon, P. Lazerges et R. Sarran.

A propos d'un cas d'agranulocytose sulfamidique. Etude de la rétention tissulaire de la sulfamidopyridine ; son rôle dans la pathogénie de l'agranulocytose. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, P. Lazerges et R. Bosc. — Il s'agit d'une agranulocytose consécutive à un traitement intensif par la sulfamidopyridine (dagénan), au cours de laquelle les auteurs ont pu mettre en évidence une rétention tissulaire importante de la sulfamidopyridine, dont l'élimination urinaire s'est poursuivie pendant 31 jours après la fin du traitement. La rétention s'est faite exclusivement sous forme de molécule combinée.

Cette rétention a pu être objectivée par recherche de la sulfamidopyridine dans la pulpe sternale : le premier dosage montrait une *sulfamidomyélie* (140 mgr. pour 1000) considérablement plus élevée que la sulfamidémie (25 mgr. pour 1000) et que la sulfamidorachie (15 mgr. pour 1000) au même moment.

Les auteurs font jouer à la sulfamidopyridine retenue un rôle inhibiteur sur la moelle osseuse, d'où l'agranulocytose. Deux injections de solution de rose bengale ont permis d'obtenir un net déblocage, et, abaissant notablement le taux de la sulfamidomyélie, réalisé la condition de la guérison que la transfusion médullaire permit d'obtenir rapidement.

Néphrite aiguë hydropigène par intolérance au benzoate de benzyle en application externe. — M. A. Puech. — Un jeune homme de 22 ans à la suite de trois frottes au benzoate de benzyle, pour gale, présente, en quelques heures, de grands œdèmes généralisés, une oligurie très prononcée et une albuminurie de 17 grammes par litre d'urines. La régression commence au bout de quelques jours, encore que l'enflure persiste, très atténuée, pendant un mois environ. Les quatre mois suivants on constate une albuminurie de 0 gr. 50 sans cylindrurie, sans troubles des fonctions rénales (constante d'Ambard normale), avec tolérance parfaite au régime chloruré. Cinq mois après le début de l'affection, l'albuminurie a disparu et la guérison peut être considérée comme complète. Dans l'étiologie de cette néphrite aiguë hydropigène, l'intolérance rénale au benzoate de benzyle paraît avoir joué seule.

Albuminurie intermittente avec présence de cholestérol dans les urines albuminuriques. — MM. A. Puech et P. Monnier. — Après une néphrite aiguë (hématurie, albuminurie à 7 grammes par litre) de courte durée, un jeune homme de 17 ans présente une albuminurie résiduelle de type intermittent remarquable par son maximum vespéral (entre 19 h. et 23 h.), tandis qu'on note l'existence, dans les urines albumineuses et par ailleurs troubles, de cristaux de cholestérol. La cholestérolémie est seulement de 1,41 par litre. On assiste à la régression progressive de ces manifestations urinaires : les précipitations cholestéroliques s'atténuent, puis disparaissent quatorze mois après la poussée aiguë rénale initiale ; l'albuminurie persiste encore quatre ou cinq mois. Par la suite elle n'est plus retrouvée.

Syndrome d'hémi-anesthésie alterne à type syringomyélique de Raymond, survenu après une hémorragie digestive chez un porteur d'ulcère duodénal. Le problème des accidents nerveux post-hémorragiques. — MM. J.-M. Bert et P. Cazal.

Coma alcoolique chez un enfant de onze ans. — MM. J.-M. Bert et P. Cazal.

Deux cas démonstratifs de réactions sérologiques de la syphilis devenues transitoirement positives au cours d'une pyrexie. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, Mlle L. Boucarel et M. R. Sarran.

Séance du 13 juin 1941

Efficacité de la sulfamidothérapie dans une laryngite suffocante (hypolaryngite aiguë œdémateuse). — MM. M. Janbon, J. Chaptal, R. Sarran et R. Carbasse ont observé chez un enfant de 26 mois, une dyspnée laryngée datant de trois jours, permanente et progressive, avec des accès de suffocation qui en impose d'abord pour un croup. Après insuccès du tubage, le diagnostic est rétabli par l'examen bactériologique (*micr. catarrhalis*) et la laryngoscopie, qui met en évidence un œdème sous-glottique. Un traitement par le 1162 F (1 gr. 50 par jour) a montré une rapide efficacité.

Traumatisme cranien, paralysie pseudo-périphérique d'un côté ; signe de Rossolimo de l'autre. — MM. J. Euzière, E. Fassio et N. Duc.

Sur un cas de maladie de Steinert. Considérations thérapeutiques. — MM. J. Euzière, R. Lafon et N.G. Duc.

Compression de la queue de cheval et maladie de Hodgkin. — MM. J. Euzière, G. Roux, E. Fassio et N.G. Duc. — Un syndrome de compression de la queue de cheval avec confirmation radiologique après exploration lipiodolée ont rendu le diagnostic d'une maladie de Hodgkin très difficile. L'examen histologique de ganglions inguinaux, apparus ultérieurement, et l'hémogramme, ont permis les précisions étiologiques.

Enurésie et paraplégie spasmodique, séquelles de méningite cérébro-spinale. — MM. J. Euzière, E. Fassio, N.-G. Duc et J. Rodier ont observé un malade chez qui l'absence de signes évidents, de signes de blocage intra-rachidien ne permit pas de conclure fermement à une arachnoïdite spinale, celle-ci pouvant s'observer après une méningite cérébro-spinale ainsi que l'a signalé Batten.

L'opothérapie médullaire. Son action antianémique au cours d'une anémie hypoplastique post-chrysothérapique. — MM. G. Giraud et T. Desmonts. — Une femme d'une trentaine d'années est hospitalisée dans un état presque désespéré, en cours de syndrome hémorragique et d'anémie extrême avec leucopénie. La transfusion médullaire a permis d'arrêter les hémorragies et de déclencher l'hématopoïèse. Ce fait a déjà été rapporté.

Par la suite l'opothérapie médullaire *per os* a fait augmenter en trois mois le nombre des hématies de 750.000 à 3.600.000, alors que le fer et l'hépatothérapie sont restés sans action. L'interruption de l'opothérapie médullaire a fait baisser à deux reprises le nombre des hématies, la première fois malgré la continuation de l'opothérapie. La suppression de l'hépatothérapie n'empêche pas la reglobulisation. La courbe des globules rouges qui s'abaisse quand on interrompt l'opothérapie médullaire remonte avec sa reprise.

Hépatite leishmanienne et septicémie à staphylocoques. — MM. G. Boudet, J. Boucomont, J. Balmès et P. Cazal rapportent l'observation d'une hépatite leishmanienne typique, avec ictère, ascite et lésions de cirrhose aiguës, ayant apparu chez un enfant de 7 mois. Association à une septicémie staphylococcique (favorisée probablement par le « blocage » des défenses dû aux parasites). Le traitement stibié a entraîné une réactivation.

Lympho-sarcome du foie paraissant primitif. — MM. P. Boulet, M. Godlewski, J. Grynfeltt, J. Rodier et G. Blaquière.

Fibro-adénie de la rate, au cours d'une cirrhose hépatique graisseuse à évolution maligne. — MM. P. Boulet, H. Harant, M. Godlewski, J. Rodier et B. Blaquière ont constaté après l'évolution d'une cirrhose graisseuse des lésions de la rate très voisines de celles que l'on décrit dans la maladie de Banti ; mais sans splénomégalie. Ce cas est intermédiaire entre les syndromes de Banti et les réticulo-fibroses de la rate que l'on observe dans les cirrhoses.

Méningite pneumococcique post-traumatique. Echec de la sulfamidothérapie. — MM. Janbon, J. Patounas et Mlle M. Girard ont observé chez un enfant de 8 ans, 40 jours après un traumatisme de la face (enfoncement fronto-ethmoïdo-nasal) et à l'occasion, semble-t-il, d'un bain de piscine (avec immersion de la tête), une méningite purulente à pneumocoques, et une sinusite frontale bilatérale à pneumocoques. La sulfamidothérapie à hautes doses et sans interruption (49 gr. en 13 jours, *per os* et intra-rachidienne) amène une amélioration franche au cinquième jour, mais ne peut empêcher le développement de rechutes méningées bien que les collections suppurées sinusales aient été l'objet d'un traitement chirurgical.

Un cas d'amyloïdose primitive généralisée chez une enfant de sept ans. — MM. G. Boudet, J. Balmès, P. Cazal ont vu se développer une cachexie progressive mortelle chez une enfant de 7 ans.

L'évolution très particulière a débuté par un amaigrissement de la face et du tronc pour s'étendre progessivement à tout le corps. L'affection paraît avoir débuté dès la première enfance, mais l'évolution a été surtout rapide au cours de la septième année.

L'examen somatique et l'exploration systématique par de multiples examens humoraux, hématologiques, radiologiques et biologiques n'ont apporté aucun élément diagnostique à retenir.

L'examen nécropsique a mis en évidence une amyloïdose généralisée aux éléments réticulo-endothéliaux de l'organisme et du tissu glial de l'encéphale. Cette double localisation réticulo-endothéliale et névroglique évoque des analogies avec les localisations constatées au cours des « lipidoses » ; de sorte que l'effection décrite peut être classée parmi les réticulo-endothélioses.

Méningite méningococcique post-traumatique. — MM. M. Janbon, R. Bosc et R. Carbasse. — A la suite d'un traumatisme fermé du crâne, chez un joueur de foot-ball, apparaît une méningite à méningocoque A, qui guérit normalement par la sulfamidopyridine *per os*. Le sujet avait présenté le mois précédent une rhino-pharyngite traînante, qui paraissait guérie depuis une semaine au moment de l'accident. Les auteurs, discutant des voies possibles d'infestation de la méninge reprennent le rôle essentiel du traumatisme.

Septico-pyohémie à staphylocoques à localisations ostéo-articulaires multiples et avec souffle mitral d'apparence organique. Guérison de la période aiguë et d'une rechute grave par les immuno-transfusions. — MM. G. Roux, J. Chaptal, P. Mas et P. Meinnier.

Acrodynie et syndromes acrodyniques. Syndrome acrodynique au cours d'une encéphalopathie congénitale. — M. J. Chaptal.

Erratum. — *Gaz. Hop.*, nos 75-76, p. 742, 2e colonne. — Dans le compte rendu de la séance du 4 avril 1941 de la *Société des Sciences Médicales et biologiques de Montpellier*, rétablir le nom des auteurs :

1° *Vésicule biliaire fibreuse*, etc., MM. P. Boulet, J. Rodier, G. Blaquière et G. Allos.

2° *La transfusion médullaire*, etc., MM. G. Giraud et T. Desmonts

THÈSES DE PROVINCE (1)

THESES DE MEDECINE DE TOULOUSE

4e Trimestre 1939

N° 98. — Alcovert. — *Contribution à l'étude du volvulus du côlon sigmoïde.*

N° 87. — Amilhau. — *Le Code de la famille française. Etude critique médico-sociale.*

N° 147. — Ardorino (Mme), née Bertrand. — *Diagnostic et traitement des métrites séniles.*

N° 125. — Argelliès. — *Sur une forme pseudo-lichenienne de pyodermite végétante.*

N° 72. — Armengau. — *Cirrhose biliaire xanthomateuse avec imperforation des voies biliaires.*

U. 167. — Ast. — *La loi allemande sur la stérilisation d'anormaux.*

N° 144. — Astorg. — *Sidéroses et ulcères de jambe des splénomégalies.*

N° 97. — Ballet. — *Les formes algides de l'hypoglycémie dans ses manifestations à type de syndrome angineux, douloureux abdominal et migraineux.*

N° 145. — Baptissard. — *Les hernies à travers l'hiatus de Winslow.*

N° 102. — Baradat. — *De la physio-pathologie des hypertensions artérielles.*

N° 113. — Bardier. — *Syncopes cardiaques et adrénaline.*

N° 122. — Barthe. — *Le mal de Pott inaperçu.*

N° 128. — Benoit. — *La rétention d'urine dans les cas de fibromes utérins.*

N° 86. — Berthou. — *Paralysie faciale soi-disant essentielle.*

N° 136. — Billard. — *Contribution à l'étude du traitement des arthrites aiguës purulentes du genou chez l'enfant.*

N° 121. — Bollinelli. — *Les polyradiculonévrites aiguës chez l'enfant.*

N° 106. — Bonnafé. — *Psychoses chez des diabétiques.*

N° 149. — Bonzoms. — *Pyélotomie pour lithiase.*

N° 115. — Boyé. — *Le traitement des fractures et plaies de guerre par les plâtres fermés.*

N° 150. — Buy. — *Considérations sur l'ulcus peptique.*

N° 152. — Cambard. — *Sur le syndrome de Wolkmann.*

N° 137. — Cany. — *Contribution à l'étude du traitement des dilatations des bronches par les sulfamides.*

U. 171. — Chait. — *Contribution à l'étude du traitement du cancer par le venin de cobra.*

N° 65. — Cheleux. — *L'hémiplégie dans le tabès.*

N° 63. — Combelles. — *Faux-ventre chirurgical traumatique.*

N° 95. — Contie. — *Les résultats de la radiothérapie du cancer du col utérin au Centre de radiothérapie anticancéreuse de Toulouse de 1924 à 1933.*

N° 71. — Courty. — *Principales caractéristiques sur les méningites à bacilles de Pfeiffer.*

N° 124. — Degoul. — *La césarienne vaginale dans les rigidités du col.*

N° 132. — Delmas. — *Contribution à l'étude toxicologique du cadmium.*

N° 77. — Doussiet. — *Le traitement des séquelles du paludisme aux eaux sulfatées calciques et principalement à Encausse-les-Thermes.*

N° 126. — Dubuc. — *Quelques considérations sur les infections osseuses en général.*

N° 143. — Dufayet. — *La forme typhoïdique de la septicémie à pneumocoques.*

N° 89. — Dumas. — *Contribution à l'étude des sigmoïdites et périsigmoïdites.*

U. 170. — Edelsburg. — *Etude de la vessie dans les hernies inguinales directes.*

N° 85. — Fargues. — *A propos d'un cas de lèpre laryngée.*

U. 169. — Fiszelzon. — *L'épididymite tuberculeuse. Indications thérapeutiques.*

N° 94. — Fournier. — *Endométriome de la cicatrice abdominale.*

N° 96. — Garric. — *Contribution à l'étude de la syphilis cardio-aortique.*

---

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 1941, Marseille nos 63-64, Montpellier nos 69-70, Hanoï nos 71-72, Nancy Nos 73-74, Bordeaux nos 77-78, Strasbourg nos 79-80.

N° 112. — Garrigue. — *Contribution à l'étude des hernies inguinales de l'estomac.*

N° 114. — Gravier. — *Etude anthropologique des ossements de Tréviers.*

N° 148. — Guiraud. — *Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité inférieure du radius chez l'enfant.*

N° 119. — Izard. — *Essai sur l'alimentation en eau potable des communes rurales de la Haute-Garonne.*

N° 140. — Joffre. — *Hernie épigastrique et pathologie de l'estomac.*

N° 100. — Jourtau. — *Contribution à l'étude de la production d'électricité par les tissus vivants et le rôle dans la conduction nerveuse.*

N° 66. — Julan. — *Contribution à l'étude de la torsion du testicule ectopique. Deux observations inédites.*

N° 123. — Labarbe. — *Le pansement anaseptique dans le traitement des plaies infectées d'origine traumatique.*

N° 92. — Labenelle. — *Pathogénie et traitement pathogénique des « gros bras » consécutifs à la thérapeutique des cancers du sein.*

N° 146. — Laran. — *Action de l'infiltration stellaire et de la stellectomie sur la tension artérielle rétinienne et le tonus oculaire.*

N° 105. — Larroque. — *Localisation cancéreuse dans la cloison vésico-vaginale.*

N° 79. — Latapie (R.-C.). — *Considérations sur les sarcomes des parties molles des membres ; d'après douze observations.*

N° 135. — Latché. — *Considérations sur le traitement de l'apoplexie utéro-placentaire.*

N° 93. — Lhez. — *L'espace rétro-stylien. Notions anatomiques servant à son exploration clinique et chirurgicale.*

N° 110. — Lile. — *Historique de la chirurgie du sympathique péri-artériel des membres.*

N° 88. — Lourties. — *La dénatalité française, ses conséquences, ses causes.*

N° 107. — Marquié. — *Etude sur l'anthropologie de l'Aveyron.*

N° 74. — Martinet. — *Traitement de l'absence congénitale du vagin par autoplastie cutanée.*

N° 139. — Masmonteil. — *Lésions radiales au cours des fractures suscondyliennes de l'humérus chez l'enfant.*

N° 134. — Matter. — *Le syndrome humoral dans l'encéphalite chronique.*

N° 83. — Mazelier. — *Traitement des fistules ou anus stercoraux post-appendiculaires par une nouvelle méthode extra-péritonéale.*

N° 129. — Meistertzheim. — *L'enfance dite coupable. Enquête sociale.*

N° 131. — Monteil. — *Le péril chimique aérien.*

N° 108. — Parayre. — *Suppuration des glandes salivaires d'origine lithiasique.*

N° 69. — Pellegrin. — *Etude sur les infections péri-apicales tardives sur des dents anciennement dévitalisées et obturées.*

N° 91. — Pic. — *Le sarcome d'Ewing vertébral primitif chez l'enfant.*

U. 168. — Pieczenik. — *Cancer du rectum avec grossesse.*

N° 109. — Pinat. — *Traumatismes articulaires fermés. Leur conception actuelle.*

N° 81. — Pinel. — *Les épididymites associées aux lésions rénales tuberculeuses.*

N° 73. — Poudou. — *Deux médecins philosophes de l'ancienne Faculté de Médecine de Toulouse : Raymond de Sebonde et François Sanchez.*

N° 68. — Poux. — *Tuberculose pseudo-tumorale de la région sous-maxillaire.*

N° 117. — Pujo. — *Les tumeurs du rein à base de tissu néphrogène.*

N° 103. — Rival. — *Quelques considérations sur l'arthrite gonococcique.*

N° 64. — Rollet. — *Contribution à l'étude de l'angiomatose hémorragique familiale (maladie de Rendu-Osler).*

N° 99. — Rouanet. — *La fixation appendiculaire du cœcum dans le traitement de l'invagination intestinale.*

N° 104. — Rousse. — *La mère au foyer, problème médico-social.*

N° 101. — Rouvière. — *Contribution à l'étude des dystrophies osseuses secondaires aux syndromes thyroïdiens et parathyroïdiens.*

N° 67. — Saffon. — *Les complications laryngées de la fièvre typhoïde.*

N° 142. — Sahuc. — *Contribution à l'étude de la silicose pulmonaire (cinq observations).*

N° 84. — de Saint-Julien. — *Traitement de l'hypospadias.*

N° 60. — de Sambucy de Sorgue. — *La bière. Sa fabrication, son action physiologique.*

N° 70. — Sarda (André-P.). — *Les abcès centraux de la langue.*

N° 75. — Sarda (Jean). — *Le traitement antisyphilitique dans les grands ulcères de jambe.*

N° 76. — Sarda (Paul). — *Contribution à l'étude des thrombophlébites du sinus caverneux.*

N° 111. — Segonzac. — *Le tragique dans les paradis artificiels.*

N° 90. — Senié. — *Le stockage lacunaire du glucose.*

N° 78. — Soum. — *L'hérédo-syphilis dans l'étiologie de la maladie de Duroziez.*

N° 116. — Tamalet. — *Les cracheurs valides de bacilles de Koch.*

N° 82. — Tartavez. — *Le traitement chirurgical des ostéites tuberculeuses juxta-articulaires des os longs.*

N° 118. — Timbal Duclaux de Martin. — *Formes tumorales de l'amibiase chronique au niveau du rectum.*

N° 120. — Tirolien. — *Contribution à la chirurgie des goîtres dans le Basedow et des goîtres basedowifiés.*

N° 133. — Tronc. — *La mélitococcie dans le département de la Haute-Garonne. (Etude épidémiologique.)*

N° 130. — Valadou. — *Sur quelques cas d'endocardites malignes aiguës. Sur les difficultés de leur diagnostic.*

N° 80. — Vaysse. — *Métastases révélatrices du cancer du poumon.*

N° 141. — Weinreber. — *Démence précoce et épilepsie.*

N° 138. — Xambeu. — *Ostéosynthèses par broches de Kirschner dans le foyer de fracture.*

Année sociale 1940

U. 172. — Ajzenberg-Goldsztajn (Mme). — *Les diverticules de l'angle duodéno-jéjunal ou angle de Treitz.*

N° 1. — Balmes. — *La granulie rénale.*

U. 177. — Barsony. — *Contribution à l'étude de l'épithélioma surlupique.*

U. 180. — Baumgold (Mme), née Berlinska. — *L'épreuve de la sédimentation globulaire dans les rhumatismes chroniques au cours du traitement thermal à Ax-les-Thermes.*

N° 14. — Bimes. — *Recherches sur les appareils réticulés de la cellule.*

N° 30. — Bonnaïs (Mme), née Manget. — *Tubage pour laryngoscopie directe.*

U. 175. — Boustami. — *L'arsénothérapie dans le traitement des névrites optiques syphilitiques.*

N° 16. — Callandreau-Dufresse. — *De la tuberculose pubienne. Essai clinique et thérapeutique.*

N° 3. — Claux (Mme), née Moutet. — *Etude des antivirus et de leur emploi en thérapeutique oculaire.*

N° 26. — Coronat. — *Appendicite et péritonite tuberculeuse.*

N° 33. — Coste. — *Contribution à l'étude des fractures du col chirurgical de l'humérus associées aux luxations de la tête humérale.*

N° 2. — Debats. — *Fistules pyostercorales après appendicectomie.*

N° 20. — Dupui. — *Sur l'utilisation des eaux sulfurées d'Ax-les-Thermes par voie sous-cutanée.*

N° 5. — Duthuron. — *Considérations sur l'emploi de l'anesthésie intraveineuse en chirurgie générale.*

U. 174. — El Batuty. — *Contribution à l'étude des cancers du testicule.*

U. 179. — El Sayed. — *Etude anthropologique de l'ossuaire des Treilles (Aveyron).*

N° 22.— Enjalbert. — *De l'avenir des restaurations chirurgicales de l'uretère après section accidentelle.*

Gayral. — Etudiant de la Faculté de Toulouse, reçu docteur en médecine par la Faculté Française de Beyrouth, le 20 novembre 1940.

N° 21. — Gouzi (Mme), née Fontanié. — *La chorée de Huntington.*

N° 18. — Gouzy. — *L'insuffisance cardiaque d'origine syphilitique.*

N° 10. — Héral. — *Contribution à l'étude des calcifications pleurales.*

N° 9. — Jandot. — *Contribution à l'étude de l'infiltration disciforme de la cornée.*

N° 7. — Lacoste. — *A propos d'une campagne de presse contre l'anatoxine diphtérique de Ramon.*

N° 12. — Lagarde. — *Sur un cas mortel de méningite lymphocytaire avec tic douloureux de la face (méningite discordante).*

N° 29. — Laporte (J.-E.-G.). — *Valeur de certains syndromes : érythème noueux, rhumatisme aigu ou chronique, sciatique, dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.*

N° 24. — Laporte (Mme), née Malignas. — *Dépistage de la tuberculose dans les milieux scolaires (enseignement du 1er et du 2e degré, enseignement supérieur).*

N° 11. — Latapie (Mme), née Bac. — *Considérations sur les troubles cardiaques au cours de la maladie de Friedreich.*

N° 31. — Laurens. — *Fractures des apophyses transverses des vertèbres cervicales.*

N° 8. — Legrand. — *L'abcès du sein en dehors de la grossesse et de la lactation.*

N° 28. — Maisonabe. — *Appareil plâtré transformable en appareil de marche pour fractures de jambe.*

N° 36. — Masson. — *Les luxations sous-astragaliennes.*

N° 6. — Mayaux. — *Contribution à l'étude de la silicose pulmonaire.*

N° 15. — Maynadier (Mme), née Van den Bulck. — *Contribution à l'étude du traitement des rétro-déviations de l'utérus.*

N° 17. — Mondin. — *Contribution à l'étude et au traitement des plaies du larynx.*

N° 37. — Nicolas. — *Etude clinique et pathogénique concernant les applications cutanées de bacilles de Koch morts.*

N° 13. — Parant. — *Evolution de la thérapeutique et de l'assistance dans les maladies mentales.*

N° 19. — Popis. — *Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire compliquant les abcès du poumon.*

U. 178. — Près. — *Contribution à l'étude des indications opératoires dans les malformations utérines.*

U. 176. — Reicher. — *Tétanos d'origine digestive.*

N° 4. — Ruffié. — *De la pathogénie vasculaire de l'épilepsie.*

N° 27. — Sarda (Jeanne) [Mlle]. — *Une œuvre sociale protectrice de l'enfance : La Goutte de Lait Toulousaine.*

N° 25. — Stanislas (Mlle). — *Contribution à l'étude de l'intoxication oxycarbonée. Action des analeptiques centraux.*

U. 173. — Tauber. — *Opérations dites de « propreté » des cancers ulcérés du sein. Travail fait au Centre anticancéreux de Toulouse (Prof. Ducuing).*

N° 35. — Tran-Cong-Hang. — *La reposition secondaire des luxations-fractures du cou-de-pied.*

N° 23. — Urdy. — *Etude sur les conditions d'aptitudes physiques pour les candidats pilotes.*

N° 32. — Veyrières. — *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la maladie de Basedow.*

La thèse n° 34 n'a probablement pas été soutenue.

INFORMATIONS

(suite de la page 798)

Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front

Communiqué du 30 septembre 1941

I. — Le bureau de la Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front est heureux de porter à la connaissance des confrères intéressés qu'après plusieurs mois de négociations, une *relève individuelle concernant les médecins prisonniers* âgés, pères de famille nombreuse, malades ou anciens combattants de la guerre 1914-1918, est devenue possible et pourra intervenir à bref délai.

Le personnel prévu pour cette relève sera prélevé sur la *réserve de personnel* comprenant des médecins militaires d'active et de réserve, libérés par les autorités allemandes mais maintenus, suivant les instructions de ces autorités, à la disposition du S. de S. militaire français en territoire occupé et en Allemagne.

Cette réserve de personnel pourra être renforcée par des médecins de la zone libre et de la zone occupée appartenant aux catégories :

1° Médecins du cadre militaire, dans la mesure où le permettront les nécessités de l'encadrement de l'armée ;

2° Médecins du futur corps civil de santé, sous la même réserve ;

3° Médecins actuellement en congé d'armistice et qui seraient rappelés ;

4° Médecins de réserve démobilisés, qui seront engagés par contrat spécial.

Pour assurer ce renforcement, il sera fait appel, dans la plus large mesure possible, à des *volontaires*. A défaut de volontaires il sera procédé, dans les trois premières catégories, à des désignations d'office.

Des *avantages pécuniaires très importants* seront consentis à tous.

II. — Le bureau a obtenu du groupement intersyndical des représentants de spécialités pharmaceutiques, la mise à sa disposition de *colis de médicaments pour tous les lazarets et camps de prisonniers*. Il a chargé la Croix-Rouge française d'obtenir des autorités allemandes la permission de les expédier pour être mis à la disposition du service médical français des prisonniers. Cette autorisation a été très aisément accordée et, dès maintenant, chaque mois, un colis de 25 kilos de spécialités, composé des plus

utiles, est envoyé à chaque commandant de camp ou à chaque médecin chef de lazaret. Le don des fabricants est considérable ; il représente le volume de près de trois tonnes par mois. Il importait que le Corps médical connût la générosité des laboratoires qui se défendent de vouloir faire en l'occurrence œuvre de publicité quelconque. Néanmoins, il est apparu au bureau qu'il était juste de faire connaître les noms des donateurs dont la liste sera produite ultérieurement.

III. — L'envoi de livres, de périodiques et de brochures médicales continue à s'effectuer. Près de 4.000 ouvrages médicaux sont déjà parvenus à nos confrères prisonniers et tous les journaux médicaux leur sont régulièrement adressés. Le bureau a dépensé dans ces dernières semaines la somme de dix mille francs pour acheter et envoyer des ouvrages neufs ou d'occasion, afin de satisfaire des demandes particulières. Il insiste à nouveau auprès du Corps médical pour obtenir des dons en nature ou en argent, qui lui permettent de continuer cette œuvre si utile.

Le président actuel, devant s'absenter, transmet ses fonctions à l'un des vice-présidents, le Dr Fabre de Parrel, 78, boulevard Malesherbes, ancien combattant des deux guerres.

Le Président,
Dr Jean Schneider,
16, rue Alfred-de-Vigny (8e).

Le Secrétaire général,
Dr Raymond Tournay,
2, rue Dupuytren (6e).

Ordre National des Médecins

Conseil Supérieur de l'Ordre
60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e)

Communiqué

Au cours de sa 10e session, le Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins a d'abord créé des licences de remplacement pour les étudiants en médecine qui seront soumis à la juridiction de l'Ordre pendant la durée de leur remplacement, et donné des instructions précises aux Conseils départementaux à ce sujet.

Parmi de nombreuses autres questions, le Conseil Supérieur a étudié l'organisation de la chirurgie, le statut-type des contrats avec les collectivités, le projet de loi créant la caisse d'entr'aide et de prévoyance pour le Corps médical.

Enfin, le Conseil Supérieur a pris connaissance des questions étudiées à la réunion d'Aix-les-Bains, des présidents et secrétaires des Conseils départementaux de la zone non occupée et, en particulier, des demandes de relèvement de tarifs.

MAURICE MARCILLE

(1871-1941)

Les jeunes générations n'ont pas connu Marcille, retiré depuis longtemps du monde chirurgical, et devenu un agriculteur dans sa propriété du Gâtinais. Mais nos contemporains n'ont pas oublié ce colosse bon enfant, animateur des salles de garde, un peu casseur d'assiettes, d'une franchise qui, si elle lui a valu quelques inimitiés, lui a acquis de nombreuses et solides amitiés.

Né à Paris en 1871, interne des Hôpitaux de la promotion 1896, il fut surtout l'élève de Poirier et de Tillaux dont il devint le chef de clinique. En 1912, il est nommé chirurgien des hôpitaux, et bientôt c'est la guerre qui survient. C'est alors que Marcille eut l'idée d'une création qui restera son titre de gloire devant la postérité, car grâce à lui des milliers de vies humaines ont été sauvées. Marcille est le père incontesté de « l'auto-chir ».

Dès le début de la guerre, il s'indigne, avec la véhémence qu'il mettait à défendre ses convictions, contre la conception régnante du service de santé militaire consistant à transporter les blessés de Belgique à Perpignan en déposant çà et là en route ceux qui ne pouvaient aller plus loin, conception qui donnait une effroyable mortalité.

Fort de son habitude de la chirurgie de garde, Marcille propose de porter aux premières lignes les secours de la chirurgie d'urgence au moyen d'un organisme comprenant un tracteur avec tentes latérales déployables et une remorque contenant la stérilisation chirurgicale, la radiologie, la pharmacie. A l'aide de dons il achète le matériel et, dès la fin de 1914, près d'Arras, la première auto-chir fonctionne. Les résultats sont tels que, se rendant à l'évidence, le service de santé accepte la création de nouveaux groupes qui sont fournis par de généreux donateurs.

Puis, après la guerre, on n'entend plus guère parler de Marcille, retiré sur ses terres et passionné de motoculture. Mais, lorsqu'à nouveau un nouveau conflit devient menaçant on voit le père de l'auto-chir, frapper aux portes du Ministère pour proposer les plans d'un abri blindé autonome, avec régénération de l'air, mettant à l'abri des gaz.

Puis, c'est la maladie qui survient et qui vient de finir par terrasser cette nature énergique et loyale.

Nous ne pouvions laisser Marcille partir sans rappeler ici l'immense bienfait qu'un jour il a rendu à son pays.

M. Lance.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 83-84. — 15-18 OCTOBRE 1941 114e ANNEE Le No 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Epreuve écrite du 7 octobre. — *Question d'anatomie sortie :* No 2 Anatomie macroscopique et rapports du duodénum.

Questions restées dans l'urne : No 1 Nerf sciatique poplité externe et ses branches, sans sa physiologie ; No 3 Nerf récurrent droit sans physiologie, sans embryologie et sans histologie ; No 4 Nerf grand hypoglosse à partir de son origine apparente avec ses branches et avec sa physiologie ; No 5 La glande sous-maxillaire avec son canal excréteur sans physiologie et sans histologie ; No 6 Tronc du nerf radial avec ses branches et sa physiologie ; No 7 Artère utérine ; No 8 Articulation tibio-tarsienne avec sa physiologie ; No 9 Tronc de l'artère carotide externe et origines de ses branches.

Question de pathologie médicale sortie : No 9 Signes et diagnostic des hémorragies méningées non traumatiques.

Questions restées dans l'urne : No 1 Endocardite maligne à forme lente ; No 2 Signes et diagnostic des dilatations des bronches ; No 3 Œdème aigu du poumon ; No 4 Symptômes, diagnostic et traitement du tétanos ; No 5 Formes cliniques, diagnostic et traitement de la poliomyélite antérieure aiguë ; No 6 Formes cliniques et diagnostic de la scarlatine ; No 7 Symptômes, évolution et traitement du goître exophtalmique ; No 8 Accidents pleuro-pulmonaires des cardiopathies sans l'anatomie pathologique.

Question de pathologie chirurgicale sortie : No 6 Signes, diagnostic et traitement des calculs du cholédoque.

Questions restées dans l'urne : No 1 Les hémorragies de la grossesse extra-utérine ; No 2 Hernie crurale étranglée ; No 3 Signes et diagnostic du cancer-ilio-pelvien ; No 4 Signes et diagnostic du cancer du rein ; No 5 Signes, diagnostic et indications opératoires de la perforation des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre ; No 7 Hémothorax traumatique ; No 8 Fractures de Dupuytren récentes ; No 9 Rupture traumatique de l'urètre chez l'homme.

RÉPARTITION DES JURYS EN SECTIONS. — *Anatomie :* MM. les Docteurs Hautant, président ; Guimbelot, Redon, Launay.

Pathologie Médicale. — MM. les Drs Gandy, président ; Decourt, Chevalley, Lenègre.

Pathologie Chirurgicale. — MM. les Drs Gouverneur, président ; Banzet, Gueullette, Sureau.

SÉANCES DE LECTURE. — *Section d'anatomie :* Lundi 13 octobre 1941, à 20 heures, à l'hôpital Laënnec.

Section de Pathologie Médicale : Lundi 13 octobre 1941, à 17 heures 30, à l'hôpital Necker.

Section de Pathologie Chirurgicale : Jeudi 16 octobre 1941, à 9 heures 15, à l'hôpital Necker.

Facultés de Médecine. — SUPPRESSION DE LA SIXIÈME ANNÉE D'ÉTUDES EN FAVEUR DE CERTAINES CATÉGORIES D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Le *Journal Officiel* du 7 octobre publie l'arrêté suivant :

Article unique. — L'article premier de l'arrêté du 4 août 1941 est modifié et complété comme suit :

« Ne sont pas applicables aux catégories d'étudiants ci-dessous énumérées les dispositions de l'article premier de l'arrêté du 9 mars 1934 susvisé, sous réserve que, du fait de leur présence sous les drapeaux, ils aient été retardés de plus d'une année scolaire dans leurs études :

« *a*) Les étudiants réservistes ayant accompli en temps de paix leur service militaire et rappelés sous les drapeaux du fait de la guerre ;

« *b*) Les étudiants accomplissant leur service militaire à la date du 3 septembre 1939 et maintenus sous les drapeaux du fait de la guerre ;

« *c*) Les étudiants des classes 1938 et 1939 maintenus sous les drapeaux après l'armistice ;

« *d*) Les étudiants prisonniers de guerre. »

Faculté de Médecine de Paris. — Concours de l'adjuvat. — *Questions données :* Anatomie de la parotide. — Sécrétion salivaire.

Les nouveaux professeurs. — Dans sa dernière séance l'Assemblée des professeurs a procédé aux désignations pour les chaires vacantes.

Ont été élus : M. Brocq à la chaire de clinique chirurgicale de Vaugirard (rempl. de M. Pierre Duval, décédé) ; M. Cadenat à la chaire de clinique chirurgicale de M. Grégoire (retr.) ; M. Jean Quénu à la chaire de pathologie externe (rempl. de M. Mondor, mut.) ; M. Donzelot à la chaire de clinique cardiologique de M. Laubry (retr.) ; M. Leveuf à la chaire de clinique chirurgicale infantile de M. Ombrédanne (retr.) ; M. Cathala à la chaire de clinique de la première enfance de M. Lereboullet (retr.) ; M. Duvoir à la chaire de médecine légale (M. Balthazard, retr.) ; M. Porte à la chaire de clinique obstétricale de M. Jeannin (retr.); M. Gastinel à la chaire de bactériologie (M. Debré mut.).

Mutations. — M. Robert Debré prend la chaire de M. Nobécourt (retr.) aux Enfants-Malades ; M. Mondor prend la chaire de M. Cunéo (retr.) à l'Hôtel-Dieu.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Par arrêté en date du 7 octobre 1941, sont déclarées vacantes :

1° La chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de Médecine de l'Université de Bordeaux ;

2° La chaire de clinique des maladies nerveuses et mentales de la Faculté de Médecine de l'Université de Bordeaux.

Faculté de Médecine de Lille. — Par arrêté en date du 7 octobre 1941, la chaire de clinique des maladies des voies urinaires de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille est transformée en chaire de pathologie externe et oto-rhino-laryngologie.

M. Piquet, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur titulaire de la chaire de pathologie externe et oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille.

Par arrêté, en date du 7 octobre 1941, la chaire d'anatomie pathologique et pathologie générale de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante.

Faculté de Médecine de Lyon. — Par arrêté en date du 7 octobre 1941, sont déclarées vacantes à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon :

1° La chaire de clinique obstétricale (dernier titulaire : M. Voron) ;

2° La chaire de pathologie générale et thérapeutique (dernier titulaire : M. Cade).

Un délai de vingt jours, à compter de la publication des présents arrêtés au *Journal Officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 9 octobre 1941.)

Marine. — Liste des étudiants en médecine et en pharmacie nommés élèves du service de Santé de la marine. — *Ligne médicale.* — Lapalle (Jacques) ; Brun (Robert) ; Guicheney (Pierre) ; Journiac (Henri) ; Verron (Pierre) ; Hameury (Yves) ; Trucy (Henri) ; Miletto (Guy) ; Rey (Aimé) ; Chauvin (André).

Helaine (Roger) ; Usannaz-Joris (Pierre) ; Taillefer (Paul) ; Curcier (Louis) ; Marguet (Jean) ; Laplane (Guy) ; Peyrot (Jean)); Parodi (Louis) ; Verne (Georges) ; Salles (Henri).

Quillichini (Francis) ; Boubé (Georges) ; Fontayne (André) ; Meunier (Marcel) ; Iches (Charles) ; Francou (Jacques) ; Doucet (Jean) ; Liron (Marc) ; Valembois (Roger) ; Saout (Jean).

Voir la suite des Informations, page 834.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

UNE CONFÉRENCE
sur la Santé Publique
et l'œuvre d'hygiène des médecins militaires allemands

La semaine dernière, les représentants de la presse médicale ont été invités à assister à une conférence faite au Club de la Presse par l'Oberstabsarzt Dr Blümm, de l'armée d'occupation.

Le conférencier a exposé d'une façon objective le rôle très actif joué par le service de santé allemand depuis un an.

Une triple tâche s'imposait à lui : réparer les destructions des services sanitaires ; réorganiser ces services ; enfin, représenter les intérêts sanitaires allemands vis-à-vis des autorités sanitaires françaises. Le voisinage immédiat des troupes allemandes et des populations françaises sur un même territoire rendait cette tâche particulièrement importante.

Au point de vue de l'*hygiène urbaine* il fallait, dans le plus bref délai, rétablir les adductions d'eau, les usines électriques et les services des égouts.

Au point de vue de la *santé publique*, il était nécessaire de donner des soins aux populations civiles, aux prisonniers et notamment aux prisonniers coloniaux.

Enfin, au point de vue de la *médecine préventive*, surtout pendant les premiers six mois de l'occupation, on devait prévoir et combattre les épidémies. Le Dr Blümm insiste sur ce point que la prophylaxie ne tendait pas seulement à préserver les troupes d'occupation mais aussi les habitants.

Une infinité de problèmes se posait après les destructions d'il y a un an : nettoyage, déblayage, assainissement. Il fallait, en outre, regrouper les réfugiés et les rapatrier. Grâce aux précautions prises, le service de santé allemand a pu éviter de véritables catastrophes. On a parlé du grand nombre de victimes civiles. Ces pertes, si douloureuses, ont eu lieu pendant l'exode et non au cours du rapatriement.

Dans le Nord et dans l'Est de la France la situation était difficile par suite du manque de médecins. Dans ces régions l'autorité militaire allemande a détaché d'abord des médecins français prisonniers. Elle s'est, ensuite, appliquée à faire revenir dans ces régions les médecins français et leurs familles évacués lors de l'exode. Grâce à la législation sanitaire allemande, il a été également possible de faire rentrer les pharmaciens prisonniers.

Les hôpitaux français ont été parfois occupés, en tout ou en partie, pour les besoins de l'armée allemande. Mais — le conférencier insiste sur ce point — ils n'ont été utilisés que par le personnel sanitaire. Beaucoup sont déjà rendus aux malades civils. Dès le début de l'occupation, le grand souci des médecins allemands avait été, d'ailleurs, de protéger les établissements sanitaires. Les pharmacies ont été également l'objet d'une surveillance particulière pour éviter la perte ou le gaspillage des approvisionnements en médicaments. Actuellement, bien que la production des médicaments soit suffisante, le manque de beaucoup de matières premières impose une stricte économie, aussi le conférencier rappelle-t-il les recommandations faites à ce sujet par l'Ordre des Médecins. Le Dr Blümm tient spécialement à dire avec quelle déférence l'autorité occupante s'est efforcée de n'apporter aucune entrave au fonctionnement de l'Institut Pasteur. Il rappelle, enfin, les accords conclus entre les Caisses allemandes et l'Ordre des Médecins, au sujet des soins à donner aux ouvriers français travaillant en Allemagne.

En terminant cet exposé le conférencier remercie les médecins français et l'administration sanitaire française pour la compréhension avec laquelle ils ont uni leurs efforts à ceux des médecins allemands en vue du maintien de la santé publique.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ADOVERNE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Glucosides de l'Adonis Vernalis* Gouttes : 20 à 40 p. j. Gran. : 2 à 4. Supp. : 1 p. j.	Insuffisances cardio-rénales
CHRYSÉMINE Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Pyréthrines de la fleur de Pyrèthre*	Oxyures - Ascaris Tous parasites intestinaux
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
LARISTINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Solution à 4 p. 100 de monochlorhydrate Histidine* Amp. 5 cm³ : 1 p. j. intram. Amp. 1 cm³ : 1 p. j. intraderm.	Maladie ulcéreuse gastro-duodénale
LAROSCORBINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Vitamine C synthétique cristallisée* Comp. : 2 à 4 p. j. Amp. 2 cm³ : 1 à 2 p. j. Amp. 5 cm³ : 1 p. j.	Toutes déficiences organiques
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques
PULMOREX (409 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide (Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SEL DE HUNT Laboratoire Alph. BRUNOT 16, rue de Boulainvilliers, Paris (16e)	*Granulé friable, à base de carbonates absorbants, neutralisants et calmants* (Na, Ca, Mg)	Hyperchlorhydrie Fermentations acides Gastralgies

A PROPOS DE L'ARTICLE DE MM. LEGRAND, BRETON ET DE Mlle BAR :

VIEILLESSE ET SULFAMIDOTHÉRAPIE

IMPORTANCE DE L'AGE EN MATIERE DE POSOLOGIE (1)

par René Martin et Nicole Bourcart

Nous avons lu avec grand intérêt l'article si documenté de MM. Legrand, Breton et Mlle Bar, qui met bien en évidence le danger de l'accumulation du sulfamide dans le sang chez les vieillards traités avec de fortes doses de ce produit.

Ayant depuis 1937 soigné un très grand nombre de malades soit avec le 1162 F soit avec le 693 et ayant chez vingt-huit malades de tous âges pratiqué quotidiennement pendant toute la durée du traitement des dosages de sulfamide dans le sang et les urines, nous voudrions très rapidement confronter nos résultats avec ceux de MM. Legrand et ses collaborateurs.

Dans la séance du 24 juin 1938 à la Société Médicale des Hôpitaux (2) nous avons insisté sur l'intérêt que présente pour la conduite du traitement, les dosages des sulfamides dans le sang et le liquide céphalo-rachidien (3) et avons montré que chez l'adulte, il faut pour obtenir une sulfamidémie aux alentours de 8 milligrammes pour cent donner par la bouche environ 0 gr. 10 à 0 gr. 12 par kilogramme.

La voie rectale par contre nous a paru beaucoup moins active puisqu'il faut donner une dose double de 1162 F pour obtenir la même concentration dans le sang. Quant à la voie sous-cutanée ou intramusculaire elle est légèrement plus active que la voie buccale.

En avril 1940 (4) nous avons attiré l'attention sur l'importance de l'âge en matière de posologie.

Chez l'enfant, et surtout chez le nourrisson, comme il ressort de nombreux dosages, pour obtenir une sulfamidémie à 8 mmgr. pour 100 par exemple, il ne faut pas se contenter de donner 0 gr. 10 à 0 gr. 12 par kilogramme, mais on est obligé de donner 0 gr. 20 souvent même plus par kilogramme, le rein de l'enfant laissant filtrer facilement le sulfamide qui passe en quantité énorme dans les urines. Chez des enfants de moins de trois ans, nous avons pu plusieurs fois pour une sulfamidémie entre 8 et 10 mmgr. pour 100 constater dans les urines 800 milligrammes pour 100 de sulfamide libre. On comprend alors fort bien qu'il faille donner des doses considérables pour obtenir une concentration sanguine élevée du produit.

Chez le vieillard, au contraire, le rein excrète au ralenti, filtre beaucoup plus lentement que le rein des enfants et de ce fait la concentration sanguine en sulfamide monte très rapidement par rapport aux doses administrées.

Ces quelques dosages chez des gens âgés mettent ces faits bien en évidence.

Chez une femme âgée de 63 ans, pesant 56 kilos, atteinte de méningite cérébro-spinale nous avons trouvé après 48 heures de traitement et absorption de 14 grammes de 1162 F, soit 7 grammes par jour une sulfamidémie à 23 mmgr. pour 100. Chez une autre malade âgée de 50 ans, pesant 57 kilos, qui avait absorbé 13 grammes de 1162 F en 36 heures nous avons noté une sulfamidémie à 20 mmgr. pour 100. Par contre une troisième malade pesant 60 kilos, âgée de 58 ans et qui avait pris 13 gr. 50 de 1162 F en 48 heures n'avait, dans le sang, que 12 mmgr. pour 100.

(1) R. Legrand, A. Breton et Mlle Bar. Vieillesse et sulfamidothérapie. L'importance de l'âge en matière de posologie (*Gazette des Hôpitaux*, nos 69-70, 27-30 août 1941).

(2) René Martin. Traitement des méningites purulentes à streptocoque par le para-amino-phényl-sulfamide 1162 F (*Bulle. et Rev. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1938, p. 1175).

(3) Nous avons, pour nos dosages, employé la méthode de Marshall, modifiée au diméthyl-a-naphtylamine, qui donne des résultats plus précis que lorsqu'on emploie comme réactif le B naphtol.

(4) René Martin, Pierre Sigard et Nicole Boucart. Quelques remarques sur 19 cas de méningite cérébro-spinale traités récemment par les sulfamides (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1940, p. 180).

Cette sulfamidémie anormalement élevée, s'accompagne toujours d'une sulfamidurie faible (1).

C'est ainsi que chez les deux premières malades on notait respectivement, chez la femme âgée de 63 ans, pour une diurèse par 24 heures de 1.350 cc., une sulfamidurie à 100 mmgr. pour 100 et chez la femme âgée de 50 ans, pour une diurèse par 24 heures de 1.000 cc., une sufamidurie de 160 mmgr. pour 100. Chez la troisième malade âgée de 58 ans, ayant une sulfamidémie moins forte on note une meilleure élimination de 1162 F dans les urines, puisque pour une diurèse par 24 heures de 1.000 cc. on relève une sulfamidurie à 400 mmgr. pour 100.

Chez le vieillard il y a donc dissociation entre la courbe de sulfamidémie et de sulfamidurie.

Cette dissociation est surtout nette durant les trois ou quatre premiers jours ; bien souvent en effet, vers le quatrième jour, et cela aussi bien chez l'adulte que chez le vieillard, la sulfamidurie augmente et le taux de concentration du 1162 F dans le sang a tendance alors à se stabiliser. C'est ainsi que chez la malade âgée de 63 ans, bien qu'on ait baissé la dose quotidienne de 1162 F, la sulfamidurie s'élève à 360 puis à 400 mmgr. pour 100 de sulfamide libre. Bientôt l'équilibre s'établit et la sulfamidémie se fixe à 12 mmgr. pour une dose quotidienne de 5 à 6 grammes. Chez la malade âgée de 58 ans on constate une évolution identique. Chez la malade âgée de 50 ans la sulfamidurie, par contre, pour une diurèse aux alentours de 1 litre 800 par 24 heures ne s'élève jamais au-dessus de 160 mmgr. pour 100, aussi cette femme avec des doses très faibles de 1162 F — 3 grammes par 24 heures — présente une sulfamidémie élevée oscillant entre 9 et 11 mmgr. pour 100.

Avec le 1162 F nous n'avons jamais observé, dans la courbe de concentration sanguine en sulfamide, de clochers subits et inexplicables et c'est un point qui sépare nettement le 1162 F du 693.

Avec le 1162 F, mis à part les trois premiers jours du traitement où pour une dose fixe de médicament la sulfamidémie augmente progressivement, mis à part les gens âgés à mauvaise perméabilité rénale au sulfamide où pour une dose fixe la sulfamidémie a tendance à s'accroître, dans tous les autres cas il y a parallélisme entre la courbe du médicament absorbé et de la sulfamidémie. Jamais nous n'avons noté de brusques variations en plus ou en moins. Une augmentation ou une diminution de la dose journalière du 1162 F détermine toujours une ascension ou une baisse de la concentration de ce produit dans le sang.

Nous n'en dirons pas de même avec le 693 où des dosages pratiqués chez sept malades dont le plus âgé avait 35 ans et le plus jeune quelques mois, ont permis de constater que le sulfamido-pyridine absorbé soit par la bouche soit par injections, se déverse dans l'organisme par à-coup. Une femme de 30 ans, qui recevait par jour en injection intramusculaire 4 grammes de 693 soluble, avait dans son sang le deuxième jour 3 mmgr. pour 100 ; le troisième jour, 6 mmgr. pour 100 ; le quatrième jour, 3 mmgr. pour 100 ; le cinquième jour, 2 mmgr. pour 100 ; le sixième jour, 6 mmgr. pour 100. Chez un jeune homme âgé de 19 ans et soumis au même traitement nous relevons les dosages suivants : deuxième jour, 7 mmgr. pour 100 ; troisième jour, 4 mmgr. pour 100 ; quatrième jour, 2 milligrammes 5 pour 100 ; cinquième jour, 1 mmgr. 5 pour 100 ; sixième jour, 3 mmgr. 5 pour 100.

Avec le 693 comme nous l'écrivions en 1940, sans qu'on ait modifié la posologie, les taux de concentration du sang en ce produit, varient du simple au double. Ceci est à rapprocher des résultats notés chez les vieillards par MM. Legrand et ses collaborateurs. Ces auteurs, chez des gens âgés ayant reçu une dose unique de 4 ou 8 grammes de 693 ont systématiquement suivi pendant plusieurs jours la sulfamidémie et concluent que la concentration sanguine n'obéit à aucune règle fixe. Nous sommes pleinement en accord avec eux, mais nous nous demandons si ce fait est propre aux vieillards et s'il n'est pas plutôt sous la dépendance du 693.

(1) Dans les urines, nous dosons toujours le sulfamide libre.

Avec le 1162 F, les dosages du produit, dans le sang, dans le liquide céphalo-rachidien pour les méningites sont de précieux auxiliaires à la conduite du traitement. Sans dosage, surtout chez les gens âgés, on se demande toujours si la dose administrée est trop forte ou trop faible, et l'on n'a pas la tranquillité d'esprit que l'on éprouve lorsqu'on sait que le degré de concentration sanguine optima est réalisé. Avec le 693 par contre, les dosages nous ont si fréquemment donné des résultats tellement variables d'un jour à l'autre qu'ils n'ont, à notre avis, qu'une utilité pratique bien moindre et qu'ils ne servent que de loin à la conduite du traitement.

***

Nos conclusions seront très voisines de celles de MM. Legrand, Breton et Mlle Bar. Avec eux nous pensons que chez le vieillard, il faut bien se garder de donner des doses trop élevées, le rein bien souvent étant incapable d'éliminer rapidement les médicaments. Les dangers d'accumulation du produit dans le sang par élimination insuffisante par les urines sont réels, aussi lorsqu'on emploie le 1162 F, les dosages prennent chez le vieillard un intérêt primordial et seuls permettent de donner des doses correctes. Ils évitent de donner des doses trop fortes qui ne sont pas sans inconvénient à cet âge, ou des doses trop faibles et partant inefficaces.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé

Obligations des médecins chargés des vaccinations antidiphtérique, antitétanique antithyphoparatyphoïdique et des examens médicaux préalables

Le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé,

Vu la loi du 25 juin 1938 rendant obligatoire la vaccination antidiphtérique ;

Vu la loi du 24 novembre 1940 instituant l'obligation de la vaccination antitétanique associée à la vaccination antidiphtérique ;

Vu la loi du 25 novembre 1940 instituant l'obligation de la vaccination antityphoparatyphoïdique pour certaines catégories de personnes ;

Vu la loi du 20 août 1941 réglant l'imputation des dépenses des lois du 24 novembre 1940 et du 25 novembre 1940 ;

Vu le décret du 20 août 1941, pris en application des lois du 25 juin 1938, du 24 novembre 1940 et du 25 novembre 1940 ;

Sur la proposition du secrétaire général de la santé,

Arrête :

TITRE PREMIER

Dispositions générales

Article premier. — La distribution des vaccins aux médecins vaccinateurs prévus par le décret du 20 août 1941 est assurée dans chaque département par le service des vaccinations. Le chef du service inscrit sur un registre les numéros d'ordre des ampoules distribuées à chaque médecin, leur nombre et la date de leur remise.

Art. 2. — Les mineurs ou adultes à vacciner sont l'objet d'un examen médical préalable pratiqué immédiatement avant la séance, soit par le médecin vaccinateur, soit par un médecin désigné à cet effet par le préfet, sur la proposition du directeur régional de la famille et de la santé. Sauf le cas prévu à l'article 10 du décret du 20 août 1941, ils peuvent être dispensés de cet examen, s'ils sont porteurs d'un certificat médical datant de moins de quarante-huit heures, concluant ou non à l'aptitude de la vaccination.

Art. 3. — Si l'examen médical mentionné à l'article 2 conclut à l'inaptitude à la vaccination, le certificat médical précisera le caractère définitif ou temporaire de la contre-indication et, dans ce dernier cas, la durée de celle-ci, qui ne devra pas dépasser un an.

Les sujets pour qui la vaccination aura été différée feront l'objet de séances spéciales de vaccination, à moins qu'une séance ordinaire ne se tienne avant la fin de l'année dans la commune intéressée.

Art. 4. — Les séances de vaccination collective doivent être tenues dans des locaux propres, suffisamment spacieux, bien éclairés, bien aérés, convenablement chauffés et ne recevant habituellement que des personnes saines ; ces locaux ne doivent pas être encombrés. Leur surveillance appartient aux médecins inspecteurs ou médecins inspecteurs adjoints de la santé et aux médecins vaccinateurs.

Art. 5. — Il est recommandé, en général, de pratiquer les injections dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fosse sous-épineuse. Mais quel que soit le lieu de l'injection, celle-ci doit être considérée comme une intervention à pratiquer avec des précautions rigoureuses d'asepsie chirurgicale.

Art. 6. — Lorsque des accidents viennent à se produire au cours ou à la suite des vaccinations, le médecin vaccinateur en informe immédiatement le chef du service des vaccinations qui en rend compte d'urgence au directeur régional.

Art. 7. — A la fin de la série des injections vaccinales, la nature du vaccin, les doses et les dates des injections pratiquées seront mentionnées sur le carnet de vaccination prévu à l'article 8 du décret du 20 août 1941 ou sur le carnet de santé individuel.

Art. 8. — En dehors des prescriptions formulées soit par le décret du 20 août 1941, soit par le présent arrêté, les médecins chargés des vaccinations et des examens médicaux préalables ont le devoir de se conformer aux obligations résultant pour eux des instructions spéciales approuvées à cet effet par l'Académie de Médecine et le Comité consultatif d'hygiène de France. Lesdites instructions sont remises à chacun de ces médecins par les soins de l'Administration.

TITRE II

Dispositions spéciales

1° *Vaccination antidiphtérique-antitétanique*

(Loi du 24 novembre 1940)

Art. 9. — La vaccination antidiphtérique-antitétanique est pratiquée à l'aide d'un mélange d'anatoxine diphtérique et d'anatoxine tétanique. L'une et l'autre doivent avoir une valeur immunisante d'au moins trente unités anatoxiques par centimètre cube, pour la première, et d'au moins vingt unités pour la seconde ; elles auront été contrôlées notamment au point de vue de leur pureté, de leur innocuité, de leur teneur en unités anatoxiques et de leur stabilité par les laboratoires de contrôle du secrétariat général de la santé et de l'Académie de Médecine.

La vaccination comporte une série de trois injections sous-cutanées, espacées de quinze jours, et une injection dite de rappel qui est faite au cours de la troisième année qui suit la première série.

Art. 10. — Les listes des assujettis annuels à la vaccination antidiphtérique et antitétanique sont établies par le maire suivant des modèles, l'un servant à la série des trois premières injections, et l'autre à l'injection de rappel.

La liste du premier modèle comprend les noms des enfants ayant au moins un an et au plus trois ans à la date du 15 mars et ceux des enfants plus âgés qui, par suite d'une contre-indication temporaire ou pour toute autre raison, n'ont pas reçu les trois premières injections.

La liste du deuxième modèle comprend les noms des enfants ayant au moins cinq ans et au plus six ans à la date du 15 mars et ceux des enfants plus âgés qui, par suite d'une contre-indication temporaire ou pour toute autre raison, n'ont pas reçu l'injection de rappel.

Art. 11. — Un enfant n'est réputé avoir satisfait à l'obligation de la vaccination que s'il a reçu la série des trois premières injections et l'injection de rappel. Cependant, l'admission dans une collectivité d'enfants ne peut être refusée à l'enfant qui ayant été soumis à la première série d'injections ne se trouve pas dans les limites d'âge fixées par les articles 9 et 13 pour recevoir l'injection de rappel.

Art. 12. — En cas de menace d'épidémie de diphtérie, une nouvelle injection de vaccin antidiphtérique-antitétanique pourra être rendue obligatoire par arrêté préfectoral, sur proposition du directeur régional de la famille et de la santé.

Art. 13. — A titre transitoire, pendant l'année 1942, les enfants ayant atteint au cours de cette année un âge compris entre un an et quatorze ans recevront la série des trois premières injections prévues à l'article 9. Ils subiront l'injection de rappel un an après les premières injections, sauf ceux de moins de cinq ans qui y seront soumis ultérieurement au cours de leur sixième année.

2° *Vaccination antityphoparatyphoïdique*

(Loi du 25 novembre 1940, art. 2)

Art. 14. — La vaccination antityphoparatyphoïdique est pratiquée à l'aide d'un des vaccins T. A. B. dont la préparation et la mise en vente ont été autorisées dans les conditions de la loi du 14 juin 1934.

Elle comporte une série d'injections dont le nombre variable suivant le vaccin employé est indiqué sur la notice d'emploi de ce vaccin. Les injections se suivront à intervalles de sept à dix jours.

Art. 15. — Les listes des assujettis à la vaccination antityphoparatyphoïdique comprennent les noms des personnes domiciliées dans la commune intéressée ou y résidant, qui sont âgées de dix ans au moins et de trente ans au plus à la date d'établissement des listes.

Art. 16. — Le sujet n'est réputé avoir satisfait à l'obligation de la vaccination que s'il a reçu la série complète des injections vaccinales. Les dates et les doses des injections ainsi que la nature du vaccin sont mentionnées sur le carnet de vaccination ou sur le carnet de santé individuel.

Art. 17. — En cas d'épidémie d'affections typhoïdiques une injection de rappel pourra être rendue obligatoire par arrêté préfectoral pris sur la proposition du directeur régional de la Famille et de la Santé.

3° *Vaccination triple associée*
(Loi du 24 novembre 1940, art. 3)

Art. 18. — La vaccination associée antidiphtérique-antitétanique-antityphoparatyphoïdique ou vaccination triple associée consiste à vacciner à la fois contre la diphtérie, le tétanos et les affections typhoïdiques au moyen d'un mélange, en proportions convenables, d'anatoxine diphtérique, d'anatoxine tétanique et de vaccin antityphoparatyphoïdique.

La vaccination triple associée comporte pour les sujets qui y sont légalement assujettis une série d'injections dont le nombre, variable suivant le vaccin employé, est indiqué sur la notice d'emploi de ce vaccin ; les injections sont pratiquées à intervalles de quinze à vingt et un jours.

Art. 19. — Le sujet n'est réputé avoir satisfait à l'obligation de la vaccination que s'il a reçu la série complète des injections vaccinales, attestée par l'inscription, sur le carnet de vaccination, des dates et des doses des injections ainsi que de la nature du vaccin.

Art 20. — Le secrétaire général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 10 septembre 1941.

Serge Huard.

INSTRUCTIONS ANNEXES

à l'arrêté ministériel du 10 septembre 1941 sur les obligations des médecins chargés des vaccinations antidiphtérique, antitétanique et antityphoparatyphoïdique et des examens médicaux préalables, approuvées par l'Académie de Médecine et par le Comité consultatif d'hygiène de France, en application de l'article 8 de l'arrêté susvisé

Les vaccinations prescrites par les lois des 24 et 25 novembre 1940 (vaccination antidiphtérique et antitétanique, vaccination antityphoparatyphoïdique, vaccinations antidiphtérique, antitétanique et antityphoparatyphoïdique associées ou vaccination triple associée) étant toutes des vaccinations par injections, utilisant une technique générale qui leur est commune et des techniques spéciales qui leur sont propres.

I. — Technique générale

Elle comporte des indications concernant :

a) Les vaccins ;
b) Les sujets à vacciner ;
c) La pratique générale des vaccinations ;
d) Les suites de la vaccination.

a) *Vaccins*

Les vaccins sont délivrés en ampoules de 1 centimètre cube à 2 centimètres cubes (par boîtes de 2 ou 3) pour vaccinations individuelles, et en ampoules de 10 centimètres cubes et 20 centimètres cubes pour vaccinations collectives (par boîtes de 10). L'étiquette de chaque boîte porte un numéro d'ordre correspondant à la série de préparation et une date limite extrême d'utilisation. Pour les vaccins de l'Institut Pasteur, le numéro de série figure également sur une étiquette collée au fond de l'ampoule. Ce numéro doit être noté au moment de la distribution du vaccin et de son utilisation.

Les vaccins doivent être conservés à l'abri de la lumière et de la chaleur. Avant de les utiliser, le médecin vaccinateur doit s'assurer de l'intégrité de l'ampoule. Toute ampoule fissurée doit être rejetée. Toute ampoule ouverte doit être utilisée sans délai.

b) *Sujets à vacciner*

La vaccination peut créer des réactions. Aussi, un examen médical préalable doit-il être pratiqué. Il sera effectué, soit immédiatement avant la vaccination, soit dans les quarante-huit heures qui la précèdent, par le médecin de famille ou un médecin désigné à cet effet par le préfet, sur la proposition du directeur régional de la famille et de la santé.

Cet examen détaillé doit obligatoirement comporter une analyse d'urines (recherche d'albumine et de glucose, éventuellement d'urobiline et de sels biliaires). Cette analyse sera renouvelée avant chaque nouvelle injection.

Cet examen permettra de poser les contre-indications possibles à la vaccination : elles sont temporaires ou définitives.

Les contre-indications *temporaires* font ajourner la vaccination; leur durée, qui ne peut excéder un an, doit être mentionnée. Elles s'appliquent aux convalescents d'affection aiguë récente, aux sujets fébriles ou présentant une maladie aiguë, aux porteurs de pyodermites ou d'eczéma et aux femmes en période menstruelle.

Les contre-indications permanentes éliminent définitivement de la vaccination les sujets atteints de troubles fonctionnels ou de maladies chroniques de l'appareil respiratoire (tuberculose pulmonaire, bronchite chronique, asthme) ; de l'appareil circulatoire (endocardite chronique, myocardite, hypertension) ; de l'appareil rénal (albuminurie, néphrite subaiguë ou chronique) ; de l'appareil digestif (cirrhose, hépatite chronique, subictère, lithiase biliaire) ; de l'appareil endocrinien (diabète, maladie de Basedow, etc.) ou de toutes maladies organiques graves, tels que le cancer et la syphilis en évolution.

La contre-indication doit être attestée par le médecin qui a pratiqué l'examen et qui signe un certificat concluant à son caractère temporaire ou permanent. Ce certificat devra être présenté par l'intéressé ou son représentant à la séance de vaccination, à moins qu'il n'ait été remis à la mairie avant la séance.

La veille de la vaccination, le sujet à vacciner sera mis au repos et soumis à une alimentation légère, surtout au repas du soir.

c) *Pratique des vaccinations*

I. — Dispositions techniques :

Matériel. — Les injections vaccinales doivent être pratiquées avec une asepsie rigoureuse. Seringues et aiguilles seront soigneusement stérilisées, soit par ébullition prolongée pendant dix minutes dans une solution de borate de soude à 2 p. 100, soit à sec.

Les seringues utilisées seront de préférence des seringues de 2 à 3 centimètres cubes ; l'emploi de seringues de 10 centimètres cubes et de 20 centimètres cubes est interdit.

Les aiguilles seront courtes ; un jeu assez important sera prévu, en calculant sur la base d'une aiguille pour quatre sujets.

Seringues et aiguilles seront, après stérilisation, placées dans l'alcool à 90 degrés pendant la séance. Les aiguilles seront changées pour chaque sujet et fixées à la seringue uniquement à l'aide d'une pince stérile. Toute aiguille utilisée est placée dans l'alcool à 90 degrés, où elle doit séjourner cinq minutes au minimum avant d'être utilisée à nouveau.

Technique. — 1° Badigeonner avec de la teinture d'iode l'ampoule de vaccin au niveau de son col ; briser celui-ci en traçant un trait de lime et en donnant un coup sec sur l'extrémité effilée à l'aide de ciseaux ou d'une clef ;

2° Placer l'ampoule sur un support ;

3° Aspirer directement le vaccin à l'aide de la seringue montée avec de strictes précautions d'asepsie. Il est interdit de verser le contenu de l'ampoule dans un autre récipient (verre de montre ou récipient à large ouverture) ;

4° Le lieu classique de l'injection est la région externe de la fosse sous-épineuse ou encore la région qui avoisine le bord externe de l'omoplate. L'asepsie de la peau sera assurée par une couche de teinture d'iode appliquée quelques minutes avant l'injection.

5° Le sujet sera vacciné *assis.* Enfoncer l'aiguille de 2 centimètres environ en s'assurant par sa mobilité qu'elle a dépassé le derme et qu'elle n'a pas pénétré dans le muscle. Vérifier qu'il ne s'écoule pas de sang;

6° Pousser l'injection très lentement. Retirer l'aiguille. Ne pas masser la région et badigeonner le lieu d'injection à la teinture d'iode ;

7° De temps en temps, l'opérateur passera sur ses doigts un tampon de gaze stérile imbibé d'alcool à 90 degrés ;

8° Les heures les plus favorables pour la vaccination sont le matin de dix heures à douze heures et l'après-midi de quinze heures à dix-sept heures.

II. — Dispositions administratives :

Le médecin vaccinateur devra mentionner sur les deux exemplaires des listes d'assujettis qui lui sont remis par le maire à la séance de vaccination, en regard de chaque nom, soit la contre-indication permanente, soit la contre-indication temporaire en fixant sa durée, soit la mention d'aptitude à la vaccination, les unes ou l'autre prononcées après examen médical préalable. Il sera obligatoirement inscrit les indications suivantes : nature du vaccin, doses, dates et injections. Ces dernières mentions seront également portées sur le carnet de vaccination ou sur le carnet de santé.

Le carnet de vaccination ne sera délivré et signé, le carnet de santé ne sera signé qu'une fois la première série des injections vaccinales complètement terminées.

Les exemplaires des listes ainsi complétées seront remis au maire qui en adressera un au préfet (service des vaccinations) et utilisera l'autre pour mettre à jour le fichier des vaccinations.

d) Suites de la vaccination

Le sujet vacciné devra, le jour et le lendemain de l'injection, être mis au repos et éviter toute fatigue. Son alimentation sera légère, lacto-végétarienne pendant ces deux jours ; il prendra des boissons abondantes, mais toute boisson alcoolisée lui sera interdite. Il ne devra en aucune façon s'exposer au froid.

Les réactions vaccinales peuvent être locales ou générales. Les réactions locales : douleurs, œdème, rougeur au point d'injection seront traitées par les pansements humides chauds ; les réactions générales par le repos au lit, la diète lactée, les toni-cardiaques.

Toute réaction anormale et tout accident de vaccination seront immédiatement signalés par le médecin vaccinateur ou le médecin traitant au chef du service des vaccinations.

II. — Techniques spéciales

A. — *Vaccination antitétanique-antidiphtérique*
(Loi du 24 novembre 1940, art. 1er et 2)

a) *Vaccin.* — Vaccin mixte antidiphtérique-antitétanique de l'Institut Pasteur présenté en boîtes de 3 ampoules de 2 centimètres cubes (vaccinations individuelles) et en boîtes de 10 ampoules de 10 centimètres cubes ou de 20 centimètres cubes (vaccinations collectives).

Vérifier d'une façon particulière la limpidité du contenu (toute ampoule trouble doit être rejetée).

b) *Technique de la vaccination.* — Trois injections sous-cutanées de 2 centimètres cubes chacune, à quinze jours d'intervalle. Employer des aiguilles fines (6/10 mm.).

Si, pour une raison quelconque, la série des injections vaccinales a été interrompue, il vaut mieux la reprendre en totalité.

Le vaccin antidiphtérique-antitétanique ne contenant pas de sérum, son emploi n'est pas contre-indiqué chez les sujets ayant reçu une injection antérieure de sérum et ne contre-indique pas une injection ultérieure de sérum ou de vaccin.

La vaccination n'est complète qu'après une injection de rappel de 2 centimètres cubes pratiquée au cours de la sixième année d'âge.

B. — *Vaccination antityphoparatyphoïdique*
(Loi du 25 novembre 1940, art. 2.)

a) *Vaccin.* — Divers vaccins peuvent être utilisés dont le choix est laissé à l'approbation du directeur régional de la Famille et de la Santé.

Les ampoules doivent être soigneusement agitées avant l'emploi.

b) *Technique de la vaccination.* — Elle varie suivant l'âge des sujets à vacciner.

1° Enfants au-dessous de quinze ans : trois injections successives avec un intervalle de sept à dix jours :
Première injection : 1/4 centimètre cube.
Deuxième injection : 1/2 centimètre cube.
Troisième injection : 1 centimètre cube.
Injection de rappel : 1 centimètre cube.

2° Les enfants au-dessus de quinze ans et adultes : trois injections successives avec un intervalle de sept à dix jours :
Première injection : 3/4 centimètre cube.
Deuxième injection : 1 centimètre cube.
Troisième injection : 1 centimètre cube 5.
Injection de rappel : 1 centimètre cube 5.

Les injections seront pratiquées avec des aiguilles fines.

La technique décrite ci-dessus s'applique au vaccin T A B chauffé n° 2 de l'Institut Pasteur. Dans les cas où l'on emploierait d'autres vaccins injectables, on se conformera aux indications données par l'instruction livrée avec chaque boîte.

C. — *Vaccination triple associée*
(Loi du 25 novembre 1940, art. 3)

a) *Vaccin.* — La vaccination triple associée (contre la diphtérie, le tétanos et les affections typhoïdiques) est réalisée au moyen d'un vaccin mixte (vaccin D + T + T A B de l'Institut Pasteur), mélange en proportions convenables d'anatoxine diphtérique (12 unités par centimètre cube), d'anatoxine tétanique (6 unités par centimètre cube) et de vaccin T A B (1.050 millions de bacilles typhiques, 700 millions de bacilles paratyphiques A et 700 millions de paratyphiques B par centimètre cube).

Il est délivré en boîtes de quatre ampoules de 2 centimètres cubes pour les enfants au-dessous de douze ans, de trois ampoules de 2 centimètres cubes pour les enfants de douze ans (vaccinations individuelles) et en boîtes de dix ampoules de 10 centimètres cubes ou de 20 centimètres cubes (vaccinations collectives). Agiter l'ampoule avant de l'ouvrir.

b) *Technique de la vaccination.* — Elle varie selon l'âge :

1° Au-dessous de douze ans, quatre injections à vingt et un jours d'intervalle :
La première de 1/2 centimètre cube.
La deuxième de 1 centimètre cube.
La troisième de 1 centimètre cube 5.
La quatrième de 1 centimètre cube 5.
Injection de rappel : 1 centimètre cube 5.

2° Au-dessus de douze ans, trois injections à vingt et un jours d'intervalle :
La première de 1 centimètre cube.
La deuxième de 2 centimètres cubes.
La troisième de 2 centimètres cubes.
Injection de rappel : 2 centimètres cubes.

Le vaccin mixte ne contenant pas de sérum, son emploi n'est pas contre-indiqué chez les sujets ayant reçu une injection de sérum et ne contre-indique pas une injection ultérieure de sérum ou de vaccin.

Les injections seront poussées très lentement et avec une aiguille fine. Si la série des injections a été interrompue, il vaut mieux la reprendre en totalité.

ANNEXE

Extrait de l'arrêté du 10 septembre 1941

En dehors des prescriptions formulées soit par le décret du 20 août 1941, soit par le présent arrêté, les médecins chargés des vaccinations et des examens médicaux préalables ont le devoir de se conformer aux obligations résultant pour eux des instructions spéciales approuvées à cet effet par l'Académie de Médecine et le Comité consultatif d'hygiène de France.

Lesdites instructions sont remises à chacun de ces médecins par les soins de l'Administration. (*J. O.*, 2 octobre 1941.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 14 octobre 1941

Rapports. — Au nom de la Commission des Produits de Remplacement, M. Tanon expose que le service du ravitaillement a demandé l'avis de l'Académie au sujet de l'addition d'acide benzoïque ou d'acide salicylique a des stocks de confiture et de marmelade en vue de leur conservation. Il s'agit d'un stock de 4.000 tonnes. La commission a déjà donné un avis défavorable.

Une importante discussion s'élève alors. M. Rist fait remarquer que le danger d'intoxication est infime à côté de la perte énorme pour l'alimentation que représentent l'interdiction de ces 4.000 tonnes. MM. Renault, Laubry, Tanon, Guillain, Martel, Clerc et Brocq-Rousseu prennent la parole. Finalement l'Académie décide de donner exceptionnellement un avis favorable.

La question des sports est étudiée dans un autre rapport de M. Lenoir à la suite duquel l'Académie constate que les épreuves sportives exigent une alimentation qui ne pourrait être donnée qu'au détriment du ravitaillement général. Il y a donc lieu de ne pas encourager les grandes épreuves sportives et de s'en tenir aux compétitions locales et privées d'exercice physique courant.

Sur la prémunisation de l'entérite paratuberculeuse due au bacille de Johne. — MM. H. Vallée, P. Rinjard et Maurice Vallée.

Pathogénie des accidents gravido-cardiaques. — M. Sureau apporte une note complétant le côté mécanique de l'action de la grossesse sur les cardiopathies. D'une part, la précocité de certains accidents ne permet pas de retenir les facteurs mécaniques habituellement invoqués ; d'autre part, l'absence de tout facteur inflammatoire ou toxique est dans quelques cas évidente.

L'auteur pense que la femme enceinte peut précocement ou tardivement présenter les mêmes accidents de décompensation que ceux qui accompagnent un anévrysme artério-veineux. Burwell a d'ailleurs, en 1938, noté les analogies qui existent entre les modifications circulatoires constatées chez les femmes enceintes et chez les malades porteurs d'anévrysmes. Le court-circuit réalisé par les lacunes de la caduque réalise une saignée continue qui exige de la part de l'appareil circulatoire un travail d'adaptation, un effort supplémentaire, pouvant à lui seul entraîner un état d'insuffisance cardiaque.

L'orthostatisme et la fonction circulatoire. — MM. Tournade et Chardon. — Lorsque, pour une raison quelconque, les mécanismes régulateurs de la pression artérielle sont inférieurs à leur tâche, la syncope par anémie bullaire survient. Le retour à la vie est assuré lorsqu'on allonge horizontalement le sujet. Alors le cœur se contracte de nouveau à plein et la pression se relève au-dessus de son niveau primitif : nouvel exemple d'hypertension post-dépressive.

Nécessité de réformes antialcooliques complémentaires. — M. Riemain, président de la Ligue antialcoolique étudie les mesures déjà prises. Il en préconise de nouvelles et attire notamment l'attention sur les abus amenés par le privilège des bouilleurs de cru.

MM. Achard, Milian et M. le Président le remercient.

Le canon humain. — Le médecin général Félix Pasteur présente une étude sur le canon des proportions du corps humain

avec un double indice céphalique vertical et périmétral pour toutes les tailles depuis les premiers mois après la conception à la naissance et, ensuite, jusqu'au développement complet de l'adulte. Un tableau de ces mesures démontre toutes les conséquences de la solution scientifique encore inconnue du plus ancien problème de morphologie de l'homme.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN
(Sections de Médecine et de Biologie)

Séance du 20 juin 1941

Tubercules cérébraux et encéphalite aiguë chez un tuberculeux pulmonaire (présentation de pièces). — MM. L. Rimbaud, H. Serre et A. Delmas.

Paralysie saturnine. — MM. J. Euzière, E. Fassio et J. Rodier ont observé une paralysie radiale saturnine dans les conditions suivantes :

1° Absence d'étiologie certaine. Le malade, cultivateur, n'ayant jamais manipulé de plomb ;

2° Erreur de diagnostic faite deux ans auparavant : le malade a subi une laparotomie abdominale pour syndrome douloureux aigu. L'apparition, par la suite, de la paralysie saturnine permet de faire le diagnostic rétrospectif de cet épisode aigu : colique de plomb.

Mal perforant plantaire et vitamine B_1. Résultats thérapeutiques. — MM. J. Margarot, P. Rimbaud, J. Ravoire et A. Delmas. — La vitamine B_1 que les auteurs utilisent depuis longtemps dans le traitement du zona, des infections staphylococciques, etc., a donné d'heureux résultats dans le mal perforant plantaire chez quelques malades alcooliques.

Arachnoïdite diffuse primitive d'évolution aiguë, à manifestations encéphaliques prédominantes. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, R. Bosc et R. Graafland.

Maladie de Still. Retour à l'état normal après deux ans et 5 mois d'évolution. — MM. J. Chaptal et A. Suquet.

Crises d'excitation maniaque consécutives à la thérapeutique convulsivante chez un dément précoce. — MM. J. Euzière, E. Fassio, N. Duc et J. Rodier.

Mélanome malin. — MM. J. Margarot, P. Rimbaud et J. Ravoire ont vu se développer dans un revêtement cutané en apparence sain, mais autour d'un corps étranger (plomb de chasse), un nœvocarcinome.

La généralisation spontanée et indépendante de toute thérapeutique inopportune a été immédiate. La dissémination s'est faite par voie sanguine ; envahissement important de la peau et des diverses séreuses, tandis que les viscères ne présentent qu'une simple surcharge pigmentaire et sont indemnes de tout foyer tumoral.

Le traitement de la recto-colite ulcéro-hémorragique par les sulfamides : A propos de seize cas. — MM. J. Baumel, H. Serre et M. Villeneuve rapportent les résultats obtenus par l'emploi des sulfamides dans seize cas de recto-colite ulcéreuse contrôlés par la rectoscopie et évoluant depuis quelques semaines (4 cas), plusieurs mois (5 cas) ou plusieurs années (7 cas).

Le corps utilisé est la sulfamido-pyridine (dagenan) en ingestion à la dose de 2 à 3 grammes par jour pendant 8 jours, cure renouvelée si nécessaire après 15 jours.

Pas d'incident, même dans les formes intenses avec altération marquée de l'état général ; des signes nets d'insuffisance hépatique ou rénale constituent cependant une contre-indication.

Dans 87 % des cas, on observe la disparition complète et rapide des signes cliniques et rectoscopiques au cours de la poussée de recto-colite, même dans les formes chroniques. Deux malades revus après un an sont restés guéris.

L'avenir dira quelle est l'action de cette nouvelle thérapeutique sur l'évolution générale de la maladie.

Crises d'angor subintrantes chez une amputée. Guérison par l'infiltration du sympathique lombaire. — MM. P. Rimbaud, J. Aussilloux, T. Drouhet et J. Rodier.

Thrombopoïèse atypique réalisée expérimentalement par des injections de polyanéthol-sulfonate de sodium. — M. P. Cazal.

Récidive d'une quadriplégie par neuronite à virus. — MM. P. Rimbaud et R. Bosc. — Relation d'une quadriplégie précédée de douleurs très violentes dans les quatre membres, et rapidement installée, avec troubles sphinctériens et trophiques. Récupération à peu près totale en 6 mois.

Il y a 5 ans la malade avait présenté un épisode absolument identique qui avait régressé totalement en quatre mois environ. L'hypothèse d'un syndrome de Guillain-Barré est envisagée malgré l'absence de réaction du liquide céphalo-rachidien.

Leucoblastose aleucémique. La difficulté du classement de certaines hémopathies granulopéniques. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, Mlle M. Labraque-Bordenave, MM. R. Sarran et P. Cazal. — Leucoblastose à symptomatologie clinique aty-

pique par l'absence constante de fièvre, d'altérations bucco-pharyngées et d'adéno-splénomégalie. Le syndrome dominant est un purpura hémorragique. Il existe des signes pyramidaux que l'autopsie montre sous la dépendance d'hémorragies multiples du cerveau.

Du point de vue hématologique, leucopénie modérée avec granulopénie marquée. Le myélogramme qui seul permet le diagnostic, en particulier avec l'aleucie hémorragique, est constitué en grande partie de leucoblastes dont beaucoup à caractères atypiques : granulations et surtout lobulation des noyaux qui les apparentent aux cellules de Rieder. L'étude histologique montre une double prolifération : l'une diffuse de cellules-souches, l'autre uniquement médullaire d'éléments indifférenciés difficiles à classer de type plutôt érythroblastique.

Deux transfusions médullaires ont été sans influence sur les signes cliniques et hématologiques. L'évolution totale a duré dix jours.

Hépatomégalie polycorique à évolution maligne. Eosinophilie et syndrome neurologique associés. — MM. G. Boudet, J. Boucomont, P. Monnier, J. Balmès, P. Lazerges et P. Cazal.

Phlébite précoce au cours d'une tuberculose pulmonaire. Hydrophilie cutanée et négativation des réactions à la tuberculine. — MM. J. Vidal, J. Fourcade et G. Blaquière.

INFORMATIONS

(suite de la page 822)

Voelkel (Jacques) ; Sandot (Saint-Aimé) ; Garrigue (Sébastien) ; Diallo (Joseph) ; Varache (François) ; Mazelaygue (Jacques) ; Navarranne (Pierre) ; Charpentier (Michel) ; Gaussen (Henri) ; Pin (Paul).

Gelis (Gildas) ; Camo (René) ; Le Henand (François) ; Béretti (Jean) ; Aversenq (Emilien) ; Franco (Roger) ; Caille (Emile) ; Rimbaud (Charles) ; Juhel (René) ; Bourdin (Louis).

Peuchot (Georges) ; Lasceve (Jean) ; Braud (Louis) ; Gallien (Jean) ; Bruzat (Pierre).

Ligne pharmaceutique. — Candidats à huit inscriptions : Lasjunics (Jean) ; candidat à quatre inscriptions : Acker (Pierre) ; candidats stagiaires : Le Polles (Joseph) ; Boureau (Luc) ; Usannaz-Joris (Henri) ; Pont (Pierre).

Médaille d'honneur des Epidémies. — *Médaille d'argent :* M. le Dr Rieussec, à Caunes-Minervois ; M. Jean Dubsky, étudiant en médecine à Paris ; M. le Dr Coursières, à Tunis.

Médaille de bronze. — MM. les Drs Maksud à Bonneval ; Ollet à Montpellier ; Perrier à Draguignan ; MM. Bolo et Devimeux, internes des hôpitaux de Paris; M. Enel, Mlles Florand et Lagroua, M. Roisin, externes des hôpitaux de Paris ; M. Bonnel, interne de l'hôpital civil d'Hyères. (*J. O.*, 7 octobre 1941.)

Réunion de la Société allemande de Gynécologie. — La Chambre des Médecins du Reich communique que la Société allemande de gynécologie se réunira à Vienne du 27 au 31 octobre 1941 (date définitive).

Clinique des maladies infectieuses. — M. le Prof. Lemierre poursuit tous les matins, de 9 heures à 11 heures, au lit du malade, son enseignement à l'hôpital Claude-Bernard (porte d'Aubervilliers).

Clinique gynécologique. — M. le Prof. Pierre Mocquot commencera son enseignement clinique le lundi 20 octobre 1941, à 9 heures 30, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca.

Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte. — Le Professeur Mathieu commencera son cours le jeudi 23 octobre 1941, à 11 heures, à l'hôpital Cochin (amphithéâtre Dieulafoy).

Cours de clinique chirurgicale. — M. le Prof. Antonin Gosset, assisté du Dr P. Funck-Brentano, agrégé, commencera son cours le jeudi 23 octobre 1941, à 11 heures 15, et le continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure, à l'hôpital de la Salpêtrière.

Nécrologie

Nous apprenons avec un très vif regret la mort du Dr Louis Genouville, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris (1890), chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Joseph, décédé à Paris. Il avait été interne, puis chef de clinique des voies urinaires auprès du Professeur Félix Guyon.

— Jean Hulot, interne des hôpitaux de Lille, médecin-lieutenant, tombé le 17 mai 1940, à l'âge de 25 ans, près Le Cateau.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 85-86. — 22-25 OCTOBRE 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :



49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Un concours de chirurgien des hôpitaux aura lieu au début de 1942. L'anonymat sera supprimé.

Faculté de Médecine de Paris. — ADJUVAT. — *Candidat :* M. Dufourmentel. — *Epreuve orale :* Veine fémorale et ses branches collatérales de l'aire du triangle de Scarpa. — *Dissection :* Muscles lombricaux et interosseux de la main et leurs nerfs. — *Epreuves d'admissibilité :* Epreuve écrite : 26. — *Epreuves définitives :* Epreuve orale : 28. Epreuve de dissection : 29. — *Total des points :* M. Dufourmentel : 83 sur 90.

Faculté de Médecine d'Alger. — Sont chargés de cours : MM. Viallet, radiologie et physiothérapie ; Portes, physique pharmaceutique ; Senevet, zoologie ; Robert Raynaud, médecine expérimentale ; Ferrari, anatomie médico-chirurgicale ; Sarrouy, pathologie générale et pathologie médicale ; Curtillet, pathologie chirurgicale ; Costa, stomatologie ; Fourment, pharmacologie ; Roques, cryptogamie ; Sabadini, pathologie chirurgicale ; Ferrari, médecine opératoire ; Monnet, déontologie et législation pharmaceutique ; Thiodet, pathologie générale et pathologie médicale ; Musso, hydrologie pharmaceutique.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Sont chargés de cours : MM. Pery, accouchements ; Masse, pathologie chirurgicale ; Dufour, anatomie ; Beauvieux, anatomie ; Castagnou, chimie minérale ; Mesnard, pharmacie chimique ; Mandoul, zoologie et parasitologie ; Faugère, puériculture ; Liard, physiologie ; Girard, botanique. — Sont chargés des fonctions de : 1° Agrégés chargés d'enseignement : MM. Piéchaud, pathologie médicale ; Joulia, vénéréologie ; Beauvieux, séméiologie oculaire ; Delmas-Marsalet, pathologie médicale ; Despons, oto-rhino-laryngologie ; Fontan, séméiologie médicale ; Rivière, obstétrique ; Dervillée, médecine générale (poste de M. Jeanneney) ; 2° agrégés chargés des fonctions de chefs de travaux : MM. Dufour, anatomie ; de Gailly, anatomie pathologique ; Girard, botanique et matière médicale ; 3° chargés de travaux pratiques, de conférences et des fonctions de chefs de laboratoire : MM. Piéchaud, hygiène ; Dervillée, médecine légale ; François Lauret, pharmacologie ; Castebert, physique pharmaceutique et physique médicale ; Mesnard, pharmacie ; Castagnou, chimie générale ; Tayeau, chimie biologique.

Faculté de Médecine de Marseille. — Sont chargés de cours, MM. Delphaut, pharmacologie ; Romieu, embryologie ; Arnoux, chimie minérale ; Guillot, toxicologie ; Imbert, clinique chirurgicale infantile ; Gabriel, cryptogamie ; Derrien, chimie biologique ; Periot, clinique des maladies contagieuses ; Figarella, clinique gynécologique ; J. Dor, médecine opératoire.

Secrétariat d'Etat de la Famille et de la Santé — HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — M. le docteur Guyot, chargé à titre intérimaire des fonctions de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Begard, est nommé à titre définitif à ce poste à compter du 20 août 1939.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES. — *Limite d'âge.* — La loi du 21 septembre 1941 relative à la limite d'âge des médecins des hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction d'hôpitaux psychiatriques publics, fixe cette limite d'âge à 65 ans.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DÉPARTEMENTAUX. — M. le Dr Masson, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines, est nommé, à titre définitif, en qualité de médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Dun-sur-Auron.

SANATORIUMS PUBLICS. — M. le Dr Rauzier, médecin adjoint au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet, est nommé médecin directeur au sanatorium Fenaille (Aveyron). (*J. O.*, 2 octobre 1941.)

Inspections générales. — Les inspecteurs généraux en fonction au secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé sont répartis ainsi qu'il suit (ordre alphabétique) : a) *Corps de l'inspection de la santé et de l'assistance* : MM. les Drs Aujaleu, Boide, Leclainche, MM. Debrun, Rauzy ; b) *Corps de l'inspection de la famille* : M. de Froissard.

M. le Dr Leclainche, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard est réintégré dans les fonctions d'inspecteur général de la Santé en remplacement de M. le Dr Pellissier, démissionnaire, et nommé inspecteur général honoraire.

Inspection médicale de la Santé. — L'arrêté du 21 août 1941 portant nomination de Mme Lhez-Valats en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Ardèche est rapporté.

Mme le docteur Lhez-Valats est nommée médecin inspecteur adjoint de la santé de 3e classe, au traitement de 33.000 francs, et affectée au département de la Haute-Garonne.

— M. le docteur Beckerich, directeur du laboratoire de bactériologie de Metz, est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé de 3e classe (33.000 francs) et affecté au département des Pyrénées-Orientales.

— Sont nommés médecins inspecteurs de la santé de 2e classe, au traitement de 50.000 francs : M. le docteur Robini, inspecteur adjoint de la Loire, affecté au département de l'Indre ; M. le docteur Eckert, inspecteur adjoint de la Marne, affecté au département de l'Aisne ; M. le docteur Lesaffre, inspecteur adjoint de l'Eure, affecté au département de la Manche.

Médecin inspecteur adjoint de la santé de 1re classe, au traitement de 39.000 francs : M. le docteur Jehanin, affecté au département de l'Orne.

Médecins inspecteurs adjoints de la Santé de 3e classe, au traitement de 33.000 francs : M. le docteur Angelici, affecté au département de l'Aube ; M. le docteur Humann, affecté au département du Var ; M. le docteur Pierron, affecté au département du Puy-de-Dôme.

— Sont affectés :

Au département de Seine-et-Oise, M. le docteur Petit, médecin inspecteur adjoint de l'Oise.

Au département de l'Oise, Mlle le docteur Solente, médecin inspecteur adjoint du Calvados. (*J. O.*, 20 sept. 1941.)

— Mlle le Dr Pougeoise est nommée médecin-inspecteur adjoint de la Santé de la Somme. (*J. O.*, 28 sept. 1941.)

Inspection de la Santé. — Sont affectés au département du Rhône, M. le Dr Schmutz, inspecteur de Saône-et-Loire ; au département des Bouches-du-Rhône, M. le Dr Petit, inspecteur de l'Ardèche. (*J. O.*, 3 octobre 1941.)

Sont affectés : au département de l'Ariège, M. le Dr Dirat, médecin inspecteur des Hautes-Pyrénées ; au département des Landes, Mlle le Dr Guy, médecin inspecteur adjoint du Pas-de-Calais.

Administration Centrale. — M. le Dr Pierron, médecin inspecteur adjoint de la Santé est nommé sous-chef de bureau de 3e classe.

Centres régionaux d'éducation sanitaire. — Des centres régionaux d'éducation sanitaire sont créés à Bordeaux, à Lyon et à Marseille, sous l'autorité des directeurs régionaux de la santé et de l'assistance.

Ont été nommés directeurs des centres régionaux d'éducation sanitaire :

A Bordeaux, M. le Dr Ferdinand Piechaud, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux.

A Lyon, M. le Dr Pierre Delore, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux.

A Marseille, M. le Dr Jacques Sautet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Comité consultatif d'hygiène de France. — M. Pierre Urbain, chef de travaux à l'Institut d'Hydrologie et de Climatologie, maître de recherches au Centre National de la Recherche Scientifique, est nommé membre du Comité consultatif d'hygiène de France (section des stations hydro-minérales, climatiques et uvales), en remplacement de M. le professeur Rathery, décédé.

(*J. O.*, 5 octobre 1941.)

Etablissements nationaux de bienfaisance et hôpitaux psychiatriques. — Par arrêté du 29 septembre 1941, l'arrêté du 30 août 1941 portant ouverture d'un concours pour un emploi de médecin ophtalmologiste adjoint à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts est rapporté.

Direction régionale de la Santé. — Le *Journal Officiel* du 12 octobre publie un arrêté portant modification de l'assiette régionale de la compétence des directeurs régionaux de la zone non occupée.

Sont affectés : au département de la Marne, M. le Dr Lucien Bernard ; au département de la Haute-Garonne, M. le Dr Ollé.

Marine. — Liste, par ordre de mérite, des candidats admis en 1941 a l'Ecole du service de santé.

Catégorie huit inscriptions : MM. Girier, Cartillier, Bongard, Amiot, Valnet, Gras, Pilod, Gaudin, Haan, Marandet.

Catégorie quatre inscriptions : MM. Hugonot, Guillermand, Bollotte, Sermet, Gaujard, Montangerand, Marguet, Gaubert, Le Henand, Morel.

Catégorie P. C. B. : MM. Barry, Gautier, Blaquière, Yver, Brès.

Voir la suite des Informations, page 850.

Ordre National des Médecins

Le Conseil Supérieur de l'Ordre communique : Nous apprenons que des offres sont faites aux médecins pour les inscrire, moyennant finances, dans un annuaire de nature commerciale et destiné à être mis en vente.

Le Conseil Supérieur rappelle qu'aucune insertion de cette nature ne doit être faite en dehors des publications qu'il autorise, conformément à l'article 4 du Code de déontologie.

Ces sollicitations revêtent, parfois, une allure officielle à laquelle elles n'ont aucun droit.

Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine

On nous communique de la Préfecture de Police : « Obligation pour le 31 octobre courant, de ramener le nombre *total* des voitures « touristes » autorisées à circuler à 3.000, quel que soit le moyen de propulsion de ces véhicules, quelle que soit la catégorie d'usagers auxquels elles appartiennent. La transformation des touristes pour l'utilisation de carburant de remplacement est désormais interdite ».

Application de cette circulaire pour le corps sanitaire : « Dans ces conditions, le nombre des permis à retirer correspondant à 66 % ou deux tiers des permis actuels, je vous serais obligé de vouloir me faire parvenir, avant le 20 courant, des propositions de retrait des deux tiers des permis de circulation attribués à des voitures touristes appartenant à des membres du corps sanitaire soumis à votre administration ».

Les médecins et la carte T. — D'autre part, la Préfecture de la Seine a fait savoir au Conseil départemental que, dans l'état actuel des difficultés du ravitaillement, il est impossible d'accorder la carte T aux médecins.

Le Bulletin n° 4 de l'Ordre des Médecins vient de paraître. Il contient notamment le compte rendu de la réunion des Conseils départementaux de la zone non occupée, à Aix-les-Bains, le 14 septembre 1941.

M. Huard et M. Leriche, dans leurs discours, ont tenu à expliquer leurs actes et à dissiper les malentendus causés par les fausses nouvelles. A la suite du compte rendu de la réunion, figurent des renseignements d'ordre professionnel et des informations, notamment une liste des produits rares et déficients.

Renseignements

Hôpital psychiatrique de Bonneval. — Un poste d'interne va être incessamment vacant et conviendrait à jeune médecin se destinant à la carrière des hôpitaux psychiatriques. Ecrire Dr Henri Ey, Médecin-chef, hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir).

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

EST-IL PROUVÉ QUE LA RÉACTION DE SCHICK SOIT UN TEST DE RÉCEPTIVITÉ DIPHTÉRIQUE?

par Robert Rendu
Ancien interne des Hôpitaux de Lyon
Ancien chef adjoint de clinique
à la Faculté de Médecine de Lyon

MM. Ombrédanne et N. Fiessinger ont eu l'heureuse idée d'intituler *Quelques vérités premières, ou soi-disant telles*, une collection de précis médicaux dont le nom a fait fortune. Ces auteurs, dans leur préface, attirent l'attention sur l'intérêt qu'il y a à réviser, ou, pour employer un néologisme à la mode, à « reconsidérer » un certain nombre de notions médicales qui, vérités aujourd'hui, peuvent devenir demain des erreurs. De fait, quand on se livre à une étude approfondie de certains dogmes médicaux, on demeure stupéfait de la fragilité des bases qui ont servi à leur édification : la signification de la réaction de Schick nous a paru en être un exemple frappant.

La diphtérino-réaction a subi une série de vicissitudes dont un certain nombre ont été trop passées sous silence : on ignore en général, par exemple, que cette réaction, découverte en 1913 par Bela Schick, de Vienne, a été délaissée par son propre inventeur au bout de deux ans, devant les résultats contradictoires qu'elle donnait (1).

L'enfant abandonné trouva un père adoptif en la personne de Park, de New-York, dont les publications assurèrent à cette réaction un succès inespéré. Mais les travaux qui, depuis une dizaine d'années, ont mis en évidence les trop nombreuses infidélités de ce test biologique, n'ont pas peu contribué à jeter à nouveau le discrédit sur cette méthode.

I. — La théorie

La réaction de Schick, rappelons-le, consiste essentiellement à provoquer des réactions cutanées locales par l'injection intradermique d'une dose minime de toxine diphtérique : si dans les jours qui suivent on observe une rougeur cutanée avec légère infiltration des tissus, on dit que le *Schick est positif ;* dans le cas contraire, qu'il est *négatif*.

Une réaction de Schick positive signifie, d'après l'opinion couramment admise, que l'on est réceptif à la diphtérie ; inversement, une réaction négative prouve que l'on est réfractaire, c'est-à-dire incapable de contracter cette maladie.

Telle est la théorie. Passons à la réalité.

II. — La réalité

Si le Schick a réellement la signification qu'on lui attribue, on doit, dans une collectivité, voir apparaître la totalité des cas de diphtérie chez les sujets à Schick positif ; par contre, aucun cas ne doit éclore chez les sujets à Schick négatif, puisque ceux-ci, par définition, sont réfractaires.

Supposons maintenant que la réaction de Schick n'ait pas la signification qu'on lui prête : si elle n'indique pas la réceptivité, on doit voir, toutes proportions gardées, autant de cas de diphtérie chez les sujets à Schick positif que chez ceux à Schick négatif, la maladie frappant aveuglément les uns et les autres sans se soucier du sens de la réaction.

Abordons donc un cas concret.

En 1930, la garnison de Lyon était une des plus atteintes par la diphtérie ; aussi est-ce sur elle que furent tentées les premières vaccinations militaires à l'anatoxine. La valeur de la réaction de Schick ne faisant à cette époque aucun doute, on jugea inutile de vacciner les jeunes recrues à Schick négatif ; et c'est ainsi que l'on fut amené à pratiquer systématiquement cette réaction chez toutes les jeunes recrues dès leur incorporation (1), en vue de limiter la vaccination aux sujets à Schick positif. Peu à peu, ces mesures furent étendues à d'autres garnisons de France où régnait la diphtérie. Les résultats de cette vaste enquête furent si décevants que la « Statistique Médicale de l'Armée » n'en donna pas le résultat global, et que personne n'osa en faire une étude d'ensemble dans une revue militaire médicale ; tout au plus peut-on, pour la garnison de Lyon et la XIVe région militaire, trouver quelques études fragmentaires qui, par recoupement, nous renseignent sur les conclusions qu'on était en droit de tirer de cette enquête.

Nous savons par la thèse de Mlle Lyathaud (2), que la moitié des jeunes recrues de la garnison de Lyon (50 à 52 %) avaient un Schick positif : ils étaient donc sensés réceptifs. L'autre moitié, à Schick négatif, devrait être réfractaire.

Si cette réaction était un test réel de réceptivité, tous les cas de diphtérie auraient dû apparaître chez les soi-disant réceptifs, et aucun cas n'aurait dû se déclarer chez les soi-disant réfractaires. Or, que s'est-il produit? Près de la moitié des cas de diphtérie (40 %), survinrent chez des sujets à réaction négative, soi-disant réfractaires, l'autre moitié se produisant chez des sujets à Schick positif (3).

Rien ne prouve mieux l'absence de signification de la réaction de Schick que cette expérience lyonnaise, puisqu'elle porte sur un nombre considérable de cas, et que la lecture de la réaction de Schick, toujours très délicate, a été faite dans des conditions strictement comparables entre elles.

Pour mettre en relief d'une façon imagée l'intérêt capital de l'expérience biologique lyonnaise, on n'a qu'à s'imaginer la diphtérie comme une loterie où les sujets à Schick positif correspondent à des gens ayant pris des billets, les sujets à Schick négatif étant assimilables aux gens qui n'en ont pas pris : les rares gagnants de cette loterie seront représentés par le petit nombre de ceux qui contractent la maladie. Or, il s'est trouvé qu'à Lyon ceux qui n'avaient pas pris de billet (Schick négatif) ont gagné presque autant de lots (atteintes diphtériques) que ceux qui en avaient pris (Schick positif)!

III. — Pourquoi la réalité ne cadre-t-elle pas avec la théorie?

L'expérience lyonnaise prouve, nous venons de le voir, que la réaction de Schick n'a pas la signification qu'on lui a attribué au point de vue de la réceptivité de la maladie. Pourquoi?

Parce qu'on a confondu la réceptivité à la diphtérie, maladie contagieuse, contractée spontanément, avec la réceptivité à l'intoxication artificielle par injection de toxine diphtérique. En d'autres termes on a assimilé indûment l'installation à demeure chez l'homme d'un bacille de Lœffler toxigène, avec l'empoisonnement créé par une toxine diphtérique introduite artificiellement dans un organisme sain, sensible à la toxine, mais réfractaire à la maladie.

Ce sont là deux notions tout à fait distinctes.

En effet, prenons un cobaye, faisons-lui une réaction de Schick : elle sera positive. Si nous en croyons les immunologistes, cela veut dire que le cobaye est réceptif à la maladie ; or, rien n'est plus faux. Le cobaye est sensible à l'intoxication massive, artificielle, par une toxine diphtérique préparée *in vitro ;* mais il est incapable de devenir spontanément, comme l'homme, une fabrique de toxines.

Ce fait est d'ailleurs commun à tous les animaux courants de laboratoire : *aucun n'est susceptible de contracter*

(1) A. Audibert. L'intra-dermo-réaction à la toxine diphtérique en prophylaxie (réaction de Schick). *Thèse de Paris*, 1921, p. 16.

(1) Les vaccinations ne furent pratiquées que dans les corps de troupes les plus atteints par la diphtérie.

(2) Mlle Lyathaud. La diphtérie à Lyon de 1921 à 1936. *Thèse de Lyon*, 1936-1937, p. 53.

(3) P. Renard. La diphtérie chez les sujets à Schick négatif ; étude immunologique. *Thèse de Lyon*, 1934-1935, pp. 29 et 30.

spontanément la maladie diphtérique à la suite d'une contagion. Mettez par exemple un cobaye ou un lapin en contact avec des enfants diphtériques, soumettez-le aux modes de contamination habituels, jamais il ne contractera la maladie (1), c'est-à-dire une angine, un coryza, ou une laryngite à fausses membranes. Or l'animal en question a normalement un Schick positif (2), ce qui veut dire qu'il devrait être réceptif à la maladie. Nous savons par les études de Panisset (3), que les poules et le cheval, toujours réfractaires, eux aussi, à la diphtérie humaine, ont un Schick tantôt positif, tantôt négatif.

Ces quelques exemples prouvent suffisamment que chez l'animal, la réaction de Schick n'indique nullement la réceptivité à la maladie diphtérique humaine, mais seulement la réceptivité à l'intoxication expérimentale par la toxine lœfflerienne.

Il y a donc un abîme entre « l'intoxicabilité » par la toxine inoculée artificiellement, et l'aptitude à contracter spontanément la maladie diphtérique ; *l'animal de laboratoire est capable de succomber à l'injection d'une dose massive de toxine, mais il est incapable d'héberger spontanément le bacille susceptible de le tuer par intoxication.* Quelque paradoxale que la chose paraisse, il est incontestable que l'animal de laboratoire est à la fois sensible à la toxine lœfflérienne et inapte à donner asile, sans plaie provoquée, à un bacille capable de le tuer par sécrétion de cette toxine.

Ceci équivaut à dire qu'*il y a discordance entre le pouvoir toxigène et le pouvoir pathogène du bacille diphtérique ;* et ce n'est pas là une vue de l'esprit : les études cliniques et expérimentales de R. Debré, G. Ramon et Thiroloix ont prouvé que si la propriété toxigène est le facteur caractéristique du germe diphtérique, la propriété pathogène en constitue un élément tout différent (4).

Même ramenée à sa véritable signification (Schick positif = réceptivité à l'intoxication artificielle par la toxine diphtérique) la réaction de Schick ne doit pas être, sans preuves, transposée du domaine animal dans le domaine humain.

En d'autres termes, s'il est prouvé qu'un cobaye dont le Schick a été négativé par l'anatoxine, résiste ultérieurement à l'injection de doses mortelles de toxine, aucune expérience, jusqu'à maintenant, ne permet d'affirmer qu'il en est de même chez l'homme. M. Ramon était tellement persuadé de l'innocuité de son vaccin, qu'il n'a pas hésité, comme il l'affirme dans une de ses publications, à injecter à ses enfants une dose de toxine, qui, si elle n'avait pas été chauffée et formolée eût pu être mortelle. Il est bien évident que ni M. Ramon ni aucun de ses élèves ne pouvait songer à vérifier expérimentalement que l'homme vacciné par l'anatoxine résistait à l'injection de doses mortelles de toxine.

A défaut d'expériences intentionnelles sur l'homme, il aurait pu se faire qu'une erreur réalisât une expérience humaine involontaire.

Chacun a présente à l'esprit la récente et tragique méprise de Montrevers (Suisse) : le 8 janvier dernier, on injectait par erreur à 15 enfants de la toxine diphtérique, croyant inoculer de l'anatoxine. Quarante-huit heures après, 11 de ces enfants avaient succombé, les 4 autres survécurent.

Si la réaction de Schick avait été pratiquée préalablement sur ces enfants, il aurait pu se faire que les 11 décédés aient eu un Schick positif, et les 4 survivants un Schick négatif : ce qui eût prouvé *expérimentalement* chez l'homme que la réaction de Schick mesure bien le degré de résistance à l'intoxication massive artificielle. Malheureusement le Schick n'avait pas été fait, de sorte qu'aucune preuve expérimentale ne permet d'affirmer que chez l'homme, la négativité de la réaction de Schick signifie l'impossibilité de succomber à l'injection d'une dose mortelle de toxine ; cette impossibilité peut seulement être considérée comme probable, étant donné ce qui se passe chez l'animal.

(1) On admet aujourd'hui que la diphtérie « aviaire », affection pseudo-membraneuse observée chez certains oiseaux domestiques (pigeons, gallinacés) n'est pas due au b. de Lœffler, mais à un virus filtrant. Panisset. Présence de b. de Lœffler chez les animaux. *Biologie Médicale*, mars 1937, pp. 212-213.

(2) J. et M. Gautrelet. Le conditionnement physiologique de la réaction de Schick. *Presse Médicale*, 15 juin 1935, p. 961.

(3) Panisset. *Loc. Cit.*, pp. 211-218. Panisset et Verge. Réaction de Schick chez la poule. *C. R. Soc. Biol.* 1925, t. 92, p. 7.

(4) R. Debré, G. Ramon et P.-L. Thiroloix. Etude biologique et immunologique sur la diphtérie. *Annales de Médecine*, t. XXIX, n° 5, mai 1931.

IV. — Conclusions

L'expérience biologique pratiquée sur une grande échelle dans la région militaire de Lyon, de 1930 à 1936, a prouvé que la signification attribuée couramment à la réaction de Schick ne correspondait pas à la réalité des faits, puisque, toutes proportions gardées, il y avait presque autant d'atteintes diphtériques chez les réfractaires (Schick négatif) que chez les réceptifs (Schick positif).

D'autre part, il est indéniable que les animaux de laboratoire ne sont pas susceptibles de contracter spontanément, par contagion, la maladie diphtérique humaine : ils devraient donc tous avoir un Schick constamment négatif. Or, la plupart ont un Schick tantôt positif, tantôt négatif, ce qui prouve que cette réaction, aussi bien chez l'animal que chez l'homme, *n'indique pas la réceptivité à la maladie spontanée.* Par contre, il est expérimentalement prouvé que chez l'animal de laboratoire *la réaction de Schick mesure le degré de réceptivité à l'intoxication expérimentale provoquée.*

Il est probable qu'il en est de même chez l'homme, bien qu'aucune expérience, volontaire ou involontaire, n'en ait fourni la preuve jusqu'ici.

En somme, les immunologistes ont voulu donner à la réaction de Schick une signification bivalente, en soutenant qu'elle mesurait à la fois la sensibilité à l'intoxication artificiellement provoquée et la réceptivité à la maladie spontanément contractée.

En réalité, *cette réaction a une signification monovalente, et indique tout au plus que l'organisme humain est réfractaire ou réceptif à l'intoxication artificielle par une toxine fabriquée* in vitro.

Il est donc illusoire, comme l'ont fait trop souvent les immunologistes, de conclure de la négativation d'un Schick par l'anatoxine à l'efficacité de la vaccination.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

La vitamine K

par L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

On sait que, pour se produire, la coagulation sanguine a besoin d'une opération préalable : la formation de *thrombine* par combinaison de la *prothrombine* à la *thromboplastine* et au *calcium.* Ainsi formée, la thrombine se combine au *fibrinogène*, pour donner naissance à la *fibrine.* Les hémorrhagies par troubles de la coagulation peuvent donc être dues (Cachera) à un défaut de :

Prothrombine, ou, si l'on préfère, à une *hypothrombinémie ;*
Calcium, cause pratiquement négligeable ;
Thromboplastine et de plaquettes sanguines (hémophilie) ;
Fibrinogène, le plus souvent associé à un défaut de prothrombine.

Nous ne nous occuperons aujourd'hui que de la première variété. Les recherches contemporaines permettent de l'expliquer. H. Dam, en 1940, avait montré que certains animaux, soumis, pendant quelques semaines, à un régime pauvre en lipides, étaient sujets à des hémorrhagies mortelles, occasionnées par le moindre traumatisme de la peau ou des muqueuses : ces hémorrhagies, on les a tout naturellement rattachées à l'absence, dans le sang de ces animaux, d'une vitamine, que l'on a baptisée *vitamine K* ou *vitamine de coagulation.* Mais comment cette avitaminose produit-elle les hémorrhagies ? En diminuant ou en supprimant la prothrombine du sang (Schönheyder). Examinons donc cette nouvelle vitamine. Voyons ses sources, ses propriétés physico-chimiques, sa pharmacodynamie, ses indications thérapeutiques, la manière de l'administrer, les résultats qu'elle peut

CHOIX D'UN NEURO-SÉDATIF SANS TOXICITÉ
pour la pratique courante

Dans la masse des préparations sédatives qui lui sont offertes, le praticien ne peut exercer en somme qu'un choix restreint.

La plupart de ces préparations, en effet, empruntent leur efficacité à un *barbiturique* de base; or, l'expérience montre chaque jour au praticien que ses « nerveux » de clientèle à qui il prescrit une fois un barbiturique, s'y accoutument, s'en procurent à son insu, s'intoxiquent peu à peu, et en viennent alors sans peine au suicide par coma barbiturique.

Depuis les découvertes de Zondeck et Bier, qui ont établi que le sommeil est déclenché par le *brome* des humeurs selon un mécanisme hormonal, le brome thérapeutique retrouve son ancienne faveur et l'on s'ingénie à préparer des composés bromés jouissant d'une telle propriété.

Seule la SED'HORMONE, à base d'un « Dibromocholestérol » de formule voisine de celle de la folliculine, a pu donner, à la dose de *quelques centigrammes* en brome, *sans bromisme ni aucun effet toxique*, les résultats suivants consacrés par l'expérience clinique :

1° CHEZ LES INSOMNIQUES, rétablissement du sommeil dès le début de la cure, non par sidération comme avec les hypnotiques habituels, mais par remise en marche du rythme physiologique, spécialement à la MÉNOPAUSE et dans l'AGE MUR.

2° Dans le MAL COMITIAL, par substitution progressive totale ou partielle au barbiturique habituel, espacement des accès avec détente des troubles psychiques.

3° Chez les PETITS NERVEUX, SURMENÉS, OBSÉDÉS, ANXIEUX, NÉVROPATHES, sédation de l'énervement, des troubles sympathiques (angoisse, vertiges, migraines).

4° CURE des TOXICOMANIES (morphine, cocaïne, barbituriques) par substitution progressive au toxique, lequel se fixe sur le noyau cholestérol.

5° CHEZ L'ENFANT, sédation des *Convulsions* de l'enfance, de l'*Instabilité* et de l'*Énurésie* d'origine centrale.

6° Sédation du MAL DE MER. — Diminution des premières douleurs de l'ACCOUCHEMENT (sans perturbation du mécanisme des contractions, ni intoxications du fœtus, à craindre avec les opiacés, la scopolamine et les barbituriques), — ANESTHÉSIE de base chirurgicale.

Prescrire LA SED'HORMONE à la dose de :

2 à 6 Dragées — ou 1 à 3 Suppositoires par jour.
***Chez l'enfant :* 1 à 4 Dragées, ou 1 à 2 Suppositoires par jour.**
***Dans l'anesthésie de base obstétricale ou chirurgicale :* 1 à 4 Suppositoires.**

Laboratoires AMIDO, A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges, PARIS-IVe
Zone Libre : Laboratoire des Produits Amido, **Riom** (Puy-de-Dôme)

donner, en nous inspirant des excellents articles de M. J. Lereboullet (*Paris médical*, 18-25 mai 1940, nos 20-21, p. 241-247) et de M. P.-E. Morhardt (*Presse médicale*, 23-26 juillet 1941, nos 64-65, p. 816-818).

Sources. — La vitamine K existe surtout dans les *feuilles vertes* (Dam et Glavind). Depuis 1939, on l'extrait de la luzerne, dont 66 grammes de feuilles sèches donnent 200 milligrammes d'une huile jaune clair, très active, très sensible à la lumière et présentant un spectre d'absorption dans l'ultra-violet. C'est la vitamine K^1, la vitamine K^2, très voisine, étant extraite de la *chair des poissons putréfiés*, se présentant sous forme d'une substance cristalline jaunâtre et semblant produite par les fermentations et putréfactions intestinales. Font-elles défaut, l'avitaminose K^2, génératrice d'hypothrombinémie, est d'autant plus à craindre que l'organisme paraît incapable de stocker cette vitamine.

Constitution chimique. — Les vitamines K sont des naphtoquinones bisubstituées, avec une chaîne latérale non saturée, possédant les propriétés des graisses. Par leur structure, elles se rapprochent d'un pigment découvert dans le bacille de la tuberculose humaine, le phtiocol, 2-méthyl-3-hydroxyl-1-4-naphtoquinone, doué, lui aussi, de propriétés antihémorragiques.

Pharmacodynamie. — La propriété essentielle de la vitamine K, dosée en unités Dam, représentée par une certaine quantité pondérale d'épinard desséchés et pulvérisés, c'est de *favoriser la production de la prothrombine* et de *s'opposer ainsi aux hémorrhagies par hypothrombinémie*. Comment agit-elle ? C'est ce qu'on ignore. On sait seulement qu'elle reste inactive quand le foie fonctionne mal. On peut donc admettre que cet organe n'est capable de réaliser la synthèse de la prothrombine qu'en présence de la vitamine K.

Accessoirement, cette vitamine augmente la résistance des capillaires : sous son influence, en effet, le signe du lacet et autres signes analogues diminuent nettement (H. Franke).

Indications. — Deux principales : les hémorrhagies du nouveau-né et les hémorrhagies « cholémiques ». Dans les deux affections, en effet, il y a hypothrombinémie : aussi sont-elles influencées très favorablement par l'administration de vitamine K, qui relève le taux de la prothrombine du sang (Bray et Kelley, Du Pont Guerry, Hullmann et Shettler, Nygaard, Portes et ses collaborateurs, Waddell). Pour savoir si la vitamine K est indiquée, on mesure « le temps de la prothrombine » par la méthode de Quick : le sang contient-il de cette substance une quantité normale, il faut vingt-six secondes pour que coagule un mélange de sang oxalaté, de calcium et de thromboplastine. Ce temps augmente d'autant plus que la prothrombine est moins abondante. D'autres préfèrent la méthode électrophotométrique de Meunier, plus sensible et qui permet de doser la fibrine du sang. MM. L. Portes et J. Varangot ont adopté les taux de correspondance suivants entre les valeurs du coefficient R défini par Meunier et le taux de la prothrombine du sang exprimé en pour 100 de la valeur normale :

Taux normal : R 0,30.
Plus de 50 % du taux normal : 0,30 R 0,39
Entre 50 et 20 % « « « : 0,40 R 0,49
Moins de 20 % « « « : R 0,50

Les hémorrhagies tendent à apparaître lorsque le taux de la prothrombinémie tombe au-desous de 20 %, c'est-à-dire lorsque R 0,50.

Les *hémorrhagies du nouveau-né*, dont la pathogénie restait jusqu'à présent si obscure, sont, maintenant, aisées à interpréter. Sa flore intestinale n'existant pas encore, son organisme ne contient, en effet, aucune réserve de vitamine K (Whipple), surtout si la mère est atteinte elle-même d'hypothrombinémie : fait beaucoup plus fréquent qu'on ne le croyait, et peut-être en rapport avec les carences actuelles et qui rend compte des variations parallèles de la prothrombine chez la mère et chez l'enfant (L. Portes et J. Varangot) (*Presse médicale*, nos 64-65, 1941, p. 842-844). Minime au troisième jour après la naissance (P. Plum), ou, si l'on préfère, entre les 24e et 72e heures (Waddell et Mc Lawson), la prothrombinémie n'atteint le niveau de l'adulte que vers un mois à un mois et demi, grâce aux fermentations et putréfactions intestinales, et, plus particulièrement, à celles que produit le coli-bacille. Tombe-t-elle à 5 % de la normale (Brinkhaus, Smith et Warner), ou, si l'on préfère (P. Plum), le temps de la prothrombinémie s'élève-t-il sensiblement, les hémorrhagies apparaissent, qu'il s'agisse d'hématémèses, de meloena, d'hémorrhagies du cordon ou de la peau, de céphalématomes et, surtout, d'hémorrhagies intracrâniennes (Alter, Grutie et Bonard, Plum, Poncher et Kato). Ce temps dépasse-t-il cent quatre-vingts secondes, la mort est fatale. Il est possible que l'hypoprothrombinémie, qui est la cause essentielle, soit favorisée par des causes occasionnelles : syphilis congénitale, traumatismes obstétricaux.

Les *hémorrhagies* dites *cholémiques* observées chez l'adulte s'expliquent, de même, par l'absence de prothrombine dans le sang, la bile n'arrivant plus à l'intestin, de par le fait de l'obstruction biliaire, comme le prouve l'apparition d'hypoprothrombinémie chez le rat, après ligature du cholédoque. C'est dire qu'elles risquent d'apparaître dans l'ictère par rétention, dans les fistules biliaires, comme après les interventions sur les voies biliaires des ictériques (Dam, Butt). On peut en rapprocher celles que l'on a signalées dans la sprue (Tanconi), quand, pour une raison quelconque, la surface de l'estomac a été réduite (Norcross et Mc Farland), ou lorsque le foie n'est plus capable, avec la vitamine K qui lui arrive en quantité normale, de fabriquer de la prothrombine. On sait, d'ailleurs, que, d'une part, les lésions expérimentales du foie ont pour conséquence l'hypoprothrombinémie (Smith, Warner et Brinkhous), de l'autre, que, dans les affections du foie, il y a toujours retard de la coagulation, non suffisamment expliquée par la fibrinopénie (Lian et ses élèves). Il y aurait donc deux variétés d'hypoprothrombinémie : l'une liée à un apport insuffisant ou à une assimilation insuffisante de vitamine K, l'autre due à une insuffisance hépatique, la première étant seule améliorée d'une façon constante par l'administration de cette vitamine, qui, pourtant, compte nombre de succès dans les hémorrhagies des hépatiques, surtout quand elle est administrée à titre préventif (Butt et ses collaborateurs).

Mode d'administration. — Dans la *diathèse hémorrhagique des nouveau-nés*, on administre, soit la vitamine K, soit des dérivés synthétiques hydrosolubles. La première est administrée *per os* seule, MM. L. Portes et J. Varangot indiquent, dans une note à la Société de Biologie (Comptes rendus des séances, mars 1941, nos 5-6, p. 353), qu'ils ont donné à leurs parturientes 10 milligrammes de vitamine K (Thrombyl, Roussel), ou avec de l'acide désoxycholique ; on peut aussi l'injecter sous forme d'émulsion. Pour les produits hydro-solubles, ils peuvent être donnés par la bouche ou introduits dans l'organisme en injections intra-musculaires ou intra-veineuses. MM. L. Portes et J. Varangot ont utilisé le 2-méthyl-1 : 4 naphtoquinone dès le début du travail, technique plus avantageuse peut-être encore pour la mère que pour l'enfant : chez les femmes ainsi traitées, ils n'ont noté aucune carence dangereuse au moment de l'accouchement et, par suite, aucune hémorrhagie anormale, mais le passage de la vitamine K dans l'organisme fœtal leur a paru moins rapide et plus capricieux, peut-être à cause de l'insuffisance des doses ou parce que le médicament n'a pas eu le temps d'agir. Les effets thérapeutiques sont d'autant plus nets que les doses de vitamines sont plus fortes.

Plus utile encore que ce traitement curatif est le traitement préventif, justifié par ces deux constatations que la viamine K traverse le placenta (Guerry, Maudel et Mc Lawson, Waddel et Dupont) et que l'administration, à la mère, de vitamine K élève rapidement le taux de la prothrombine sanguine du nouveau-né (Koller et Fiechter, Mc Cellum et Haultain, Mc Pherson, Waddel et Mc Lawson).

Les résultats semblent remarquables. Quand la vitamine K est donnée à temps et à doses suffisantes, elle exerce rapidement, sur les hémorrhagies, une action d'arrêt manifeste, dont témoignent toutes les statistiques. Les échecs sont dus, soit à une thérapeutique trop tardive ou trop timide, soit à une insuffisance hépatique grave.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance de rentrée du 15 octobre 1941

M. Mathieu prononce l'éloge de M. Marcille, membre de l'Académie, décédé.

L'occlusion intestinale, maladie déchlorurante. — M. L. Binet s'élève contre les conclusions du travail de M. Lambret ; le processus de chloro-fixation ne peut toujours être invoqué pour expliquer l'hypochlorémie ; M. Binet rappelle le rôle des vomissements répétés et de l'hypersécrétion gastrique.

M. Lambret conteste l'opinion de M. Binet.

Rupture traumatique du diaphragme. — M. Coudrain. — M. Sicard rapporte cette observation dans laquelle l'opération montra la présence de l'estomac, de la rate et du côlon dans le thorax. Suture. Guérison. M. Sicard y ajoute une observation personnelle dans laquelle le blessé fut revu trois ans après l'opération parfaitement guéri.

Chondrome du bassin. — M. Alain Mouchet. — M. Moulonguet rapporte cette observation ; la tumeur était implantée sur la branche horizontale du pubis qui fut enlevée au cours de l'exérèse de la tumeur. M. Desmarest a dans un cas analogue fait égale-

ment l'exérèse limitée de la tumeur ; cinq ans après le malade présentait une récidive qui fut enlevée.

M. Moulonguet insiste sur la carence de l'histologie qui ne permet aucun pronostic sur l'évolution ultérieure de ces tumeurs.

Crises d'épilepsie Bravais-Jacksonniennes subintrantes d'origine traumatique ancienne. Intervention d'urgence. Ablation d'un gros bloc fibreux cicatriciel paraventriculaire. Cessation immédiate des crises. — M. D. Ferey.

Un cas de hernie diaphragmatique gauche étranglée. — M. de la Marnière a observé un blessé chez lequel l'étranglement fut le premier symptôme révélateur ; après une iléostomie de décharge, intervention par voie thoracique ; la suture du diaphragme fut effectuée sans difficulté.

Dilatation aiguë gastro-duodénale. — M. Lafitte fait chez un homme de 45 ans le diagnostic de volvulus qui est rectifié par la radiographie après lavement opaque ; le gros intestin était complètement refoulé par une masse énorme représentant l'estomac rempli de liquide ; après laparotomie, on évacue l'estomac, mais le duodénum, énorme, ne peut être évacué. Mort au 3e jour. A l'intervention, M. Lafitte put constater le rôle de la corde mésentérique qu'avait invoqué Lecène.

Embolie et cholestérol. — M. Brèchot a fait doser le cholestérol d'une façon systématique chez un certain nombre de malades opérés et non opérés ; ce taux s'est révélé dans l'ensemble sensiblement élevé tandis que chez les malades ayant présenté une embolie, le taux du cholestérol était normal.

Du drainage. — M. Métivet clôt la discussion sur le drainage en montrant que le drain constitue un procédé tactique de prudence.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

(Sections de médecine et de biologie)

Séance du 27 juin 1941

Inscription phonoartériographique du souffle de l'anévrisme artério-veineux. — MM. G. Giraud, H. Barati et R. Loubatières.

Le dosage des sulfamides dans la moelle sternale. Intérêt de la « sulfamidomyélie » comme test de la rétention tissulaire des sulfamides. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, P. Lazerges et R. Bosc.

Dosage systématique de la sulfamidopyridine et du sulfamidothiazol dans la moelle sternale, le sang, le liquide céphalo-rachidien et les urines. Constance de la rétention tissulaire. Intérêt du déblocage. — MM. Janbon, J. Chaptal, P. Lazerges et R. Sarran.

Quelques remarques sur les réflexes de flexion des orteils. Leurs variétés tendineuses et ostéo-périostées. — MM. P. Boulet, M. Godlewski, J. Rodier, G. Blaquière et F. Allos sont d'accord avec L. Rimbaud pour souligner la fréquence de la dissociation du signe de Babinski et des réflexes de flexion des orteils (Bechterew-Mendel ou Rossolimo), et la plus grande sensibilité notée par le même auteur, du Rossolimo.

Ils proposent de distinguer :

a) *Un réflexe tendineux de flexion des orteils*, obtenu dans les cas de grande diffusion, par percussion superficielle d'un point quelconque de la plante du pied et des orteils ; dans les cas de moindre diffusion, le réflexe s'obtient par percussion de la ligne intermétatarso-phalangienne avec électivité ; dans les cas de diffusion réduite, la flexion ne se produit que par percussion médio-plantaire (mais peut alors prêter à confusion avec le réflexe musculaire du court fléchisseur plantaire). C'est à l'ensemble de ces réflexes tendineux que doit être réservé le nom de signe de Rossolimo ; la technique de choix pour sa recherche est la percussion légère de l'interligne métatar co-phalangien.

b) *Un réflexe ostéo-périosté de flexion des orteils*, obtenu classiquement par percussion du cuboïde (Bechterew-Mendel), mais que l'on peut provoquer par percussion profonde de la tête des métatarsiens. Il s'agit alors d'une diffusion du Bechterew-Mendel, pouvant imiter le Rossolimo ; réflexe tendineux, mais moins sensible que lui.

Quelques remarques sur les réflexes de flexion des doigts. Leurs variétés tendineuses et ostéo-périostées. — MM. P. Boulet, M. Godlewski, J. Rodier, G. Blaquière et G. Allos étudient le réflexe carpo-métacarpien décrit par Bechterew et le phénomène de Sterling (flexion des doigts et adduction du pouce par percussion des phalanges), assimilé par Sterling à un Rossolimo à la main.

Ils proposent de distinguer :

a) Un réflexe ostéo-périosté de flexion des doigts, obtenu par percussion de l'apophyse styloïde du radius ; il est trop fréquent pour avoir quelque valeur.

Mais la flexion des doigts par percussion de l'extrémité inférieure du cubitus, du carpe dorsal ou du métacarpe dorsal constitue un véritable Bechterew-Mendel de la main. Signe d'atteinte pyramidale.

b) Un réflexe tendineux de flexion des doigts, obtenu par percussion légère de la paume, ou de l'interligne métacarpo-phalangien, ou de la face palmaire des doigts (surtout des phalanges) constituant un véritable Rossolimo de la main. Ce signe traduit une atteinte pyramidale mais il n'a pas la sensibilité du réflexe ostéo-périosté.

Deux frères atteints de myotonie atrophique (maladie de Steinert). Présentation de malades. — MM. P. Boulet, H. Viallefont, M. Godlewski, P. Passouant, G. Blaquière.

Deux observations de myotonie atrophique (maladie de Steinert). Considérations cliniques et pathogéniques. — MM. P. Boulet, H. Viallefont, M. Godlewski, P, Passouant et G. Blaquière.

Adrénalinothérapie au cours de certaines insuffisances cardiaques. — MM. P. Boulet, M. Godlewski, J. Rodier, P. Passouant et G. Blaquière. — L'adrénaline, bien qu'elle accélère le cœur, élève la tension et puisse parfois nuire à un myocarde fortement lésé, peut cependant être utilisée avec profit dans les insuffisances cardiaques accompagnées d'hypotonie importante de la circulation de retour, surtout du cœur périphérique abdominal, avec stase dans les réservoirs veineux de l'abdomen. Augmentant, même à petites doses, le tonus de la paroi veineuse, elle vide en quelque sorte dans la circulation générale les lacs sanguins abdominaux. La tension artérielle ne doit pas être fortement élevée et la circulation pulmonaire ne pas être trop encombrée. Le myocarde enfin ne doit pas être profondément lésé. Les indications majeures sont les états d'hypotonie de la circulation de retour, avec tendance au collapsus et à l'hypotension, qui peuvent se voir au cours des insuffisances cardiaques.

Ulcération chronique apparue à la suite d'une morsure par des tiques, guérison par l'emplâtre de Vigo. — MM. Delage et T. Desmonts.

Œdème anaphylactique à la suite d'une avulsion dentaire. — MM. Delage, T. Desmonts et P. Lazerges.

Le cœur dans les myopathies. A propos de quelques observations. — MM. J.-M. Bert et H. Barati.

Un cas de migraine ophtalmoplégique. — MM. H. Viallefont et J. Chaptal.

La méningite herpétique expérimentale du lapin. — MM. M. Janbon, J. Chaptal et Mlle M. Labraque-Bordenave.

Etude biologique du liquide céphalo-rachidien du lapin normal. Absence de modifications par la répétition des rachicentèses (ponctions sous-occipitales). — M. J. Chaptal et Mlle M. Labraque-Bordenave.

Encéphalite morbilleuse bénigne à forme corticale. — MM. M. Janbon, J. Chaptal et R. Sarran. — Quatre jours après le début de l'éruption d'une rougeole bénigne, une fillette de 8 ans fut atteinte de somnolence, de céphalées et de vomissements et d'une crise convulsive localisée à la moitié gauche du corps. Tous ces symptômes sont passagers et s'accompagnent d'une abolition du réflexe rotulien gauche et d'une discrète lymphocyte rachidienne (37 éléments). La guérison fut réalisée en six jours.

Névraxite morbilleuse grave. Guérison. — M. A. Puech. — Un enfant de 7 ans, après une rougeole bénigne, présente un syndrome des plus graves caractérisé par une fièvre élevée et oscillante, un état subcomateux, du strabisme, des algies diffuses à en juger par les cris poussés aux moindres tentatives de mobilisation, des troubles sphinctériens (incontinence des urines et des matières), une quadriplégie flasque. Cet état dure près d'un mois. Par la suite persiste de la parésie des membres avec atrophie musculaire considérable, pieds tombants et volumineuses escharres des talons, des coudes et du sacrum. La mise en œuvre d'un neuro-vaccin en injections sous-cutanées une vingtaine de jours après le début de l'affection semble avoir remarquablement favorisé l'amélioration des signes cliniques, puis la guérison totale, obtenue en trois mois.

Tachyarythmie complète paroxystique à type angoreux. M. J.-M. Bert a observé chez une femme de 48 ans, apparemment indemne de toute tare cardio-vasculaire mais présentant des troubles neuro-végétatifs en liaison avec sa ménopause, des crises de tachyarythmie complète paroxystique s'accompagnant

d'un syndrome angineux typique. Il n'existait en dehors des crises aucune anomalie notable des complexes électro-cardiographiques.

Ces faits établissent le bien fondé de la conception exprimée par Laubry d'une allergie neuro-végétative fondamentale à la base du syndrome douloureux de l'angine de poitrine.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES DE MONTPELLIER

(Section de chirurgie)

Séance du 25 avril 1941

Peut-on employer la voie fémorale dans les transfusions difficiles? — MM. G. Roux et J. Patounas. — A la suite d'une hémorragie très importante ayant déterminé un syndrome d'anémie aiguë post-opératoire et un état de mort apparente.

La recherche par ponction voire même après dénudation d'une veine susceptible de recueillir le sang d'une transfusion s'avérant négative. Les auteurs tentent la voie intra-artérielle fémorale sans incidents et recommencent le lendemain sous le contrôle de la vue. Guérison.

Psoïtis à répétitions, consécutive à une pleurésie purulente. — MM. Guibal et Balmès rapportent l'histoire d'un malade qui, après une pleurésie purulente opérée et cicatrisée, présentait annuellement les signes généraux d'un foyer de suppuration sans explication pleuro-pulmonaire. Discrètement, apparaissent des signes de psoïtis. Au bout de sept ans (cinquième poussée), l'abcès du psoas devient évident. Malgré un large drainage, il récidive deux fois en seize mois. Il s'agit bien d'une psoïtis d'origine pleurale.

Réflexions sur le fonctionnement, en période de retraite, d'une ambulance chirurgicale légère. — M. E. Mourgue-Molines.

Un point de technique dans l'arthroplastie de la hanche. — MM. Etienne, Passebois et Courty. — Afin d'assurer la fixation du lambeau de fascia lata avec lequel on coiffe, au cours d'une arthroplastie, la nouvelle tête fémorale, les auteurs perforent en croix le col fémoral à hauteur de la base de la nouvelle tête. Dans ces tunnels osseux on passe deux gros catguts qui, perforant le lambeau de fascia lata, assurent après ligature et mise de deux points complémentaires en chaîne, la fixation de ce lambeau sur la surface fémorale cruentée.

Tumeur épigastrique d'origine traumatique par épiploïte chronique. — MM. Riche et Aussilloux. — Il s'agit d'une volumineuse tumeur épigastrique survenue dans les mois qui suivirent un traumatisme de la région, faisant penser à un kyste du pancréas. L'intervention démontra que seul l'épiploon était en cause. Observation à verser au compte de l'épiploïte post-traumatique.

Une variété grave de fracture de la malléole externe : la fracture marginale postérieure avec luxation du pied en arrière. — M. A. Aimes apporte deux observations d'une fracture, homologue de la fracture verticale antérieure de Wagstaff : fracture verticale détachant un fragment marginal postérieur qui se porte en arrière, entraînant une luxation postérieure du pied, luxation facile à réduire, mais difficile à maintenir.

Luxation complète de l'astragale : contuite à tenir. — MM. A. Guibal et Aussiloux rapportent l'observation d'un malade qui, au cours d'une chute, présenta un désordre anatomique du cou-de-pied, dû à une énucléation de l'astragale sans lésion osseuse importante. Il fut fait une astragalectomie, dont le résultat à distance est médiocre. Les auteurs pensent que, dans un tel cas la reposition aurait eu un plus heureux résultat.

Abcès du cerveau au niveau d'un éclat de bombe inclus dans le lobe frontal gauche depuis trois ans. Ablation en bloc de l'abcès et de l'éclat. Paraplégie incomplète des membres inférieurs par sulfamidothérapie intra-rachidienne. — MM. Massabuau, Joyeux et Durand. — Abcès autour d'un éclat d'obus dans le lobe frontal gauche. Méningite purulente consécutive à l'ablation en bloc de l'abcès et de l'éclat, jugulée par sulfamidothérapie intra-rachidienne alors que de fortes doses de 693 *per os* n'avaient pu la prévenir. Aucun incident fâcheux par l'administration massive de sulfamide par voie entérale ou intra-musculaire, par contre, paraplégie incomplète à la suite d'une seule injection intra-rachidienne de sologagénan à 33 %, soit 1 gr. de 693.

Septicémie puerpérale à staphylocoques. Guérison. — MM. Lapeyre, Esto, Nègre rapportent l'observation d'une septicémie puerpérale à staphylocoques blancs, qui s'est terminée par

la guérison, après trois localisations secondaires en quatre mois d'évolution.

Il semble que les différentes thérapeutiques employées (transfusions, sulfamides, alcool en perfusions veineuses) se soient montrés peu actives.

Séance du 27 juin 1941

Enseignement chirurgicaux de la guerre 1939-1940. — M. H. Billet estime qu'il y a lieu de prévoir une réorganisation du Service de Santé en campagne : limitation du nombre des formations sanitaires dans la zone de l'avant, signalisation et isolement, création d'une aviation sanitaire évacuant directement et loin la totalité des blessés. Il insiste sur la gravité extrême des blessures par bombe d'avion et la proportion élevée des amputations primitives, et met en garde contre les excès, dans la pratique de l'épluchage des plaies.

Début de fièvre de Malte par une spondylite simulant un tétanos. — MM. Massabuau, Guibal, Joyeux. — Curieuse observation d'une spondylite, permier signe d'une fièvre de Malte et caractérisée par une contracture rachidienne généralisée, douloureuse et paroxystique, six jours après une double avulsion dentaire.

Kystes multiloculaires du vagin au cours de la grossesse. — MM. E. Grynfeltt et A. Aimes. — Une poche malpighienne dérive du canal de Leuckart ; les autres sont d'origine wolfienne (canaux de Gartner), ce qui paraît montrer que le processus « kystogène » est la manifestation d'un état « régional » qui s'exerce sur des éléments de structure et d'origine différentes.

Arthrite gonococcique de genou. Guérison intégrale rapide par le 2090 R.P. — MM. Riche, Aussilloux et Gros. — Présentation d'une jeune malade guérie d'une arthrite pseudophlegmonneuse du genou gauche par le 2090 à haute dose. 40 grammes en 6 jours à doses dégressives. Disparition des phénomènes inflammatoires en 8 jours. Marche reprise au quinzième jour. Actuellement normale.

Rein et foie polykystiques. — MM. N.-C. Lapeyre, H. Estor et J. Ginestié publient une observation de coexistence de rein et de foie polykystiques et tirent des examens histologiques des données intéressantes sur la pathogénie de ces affections.

Corps étranger piquant des voies digestives, chez un nourrisson de sept mois, heureusement traité par « l'Asparagination ». — M. N.-C. Lapeyre. — Il s'agit d'une barette de quarante-cinq millimètres de long, avalée ouverte, par une enfant de sept mois. Après absorption de cinq queues d'asperges, toutes les trois heures, le corps étranger fut retrouvé dans les selles, après un séjour de quarante-huit heures dans les voies digestives. Ce cas est un nouveau succès à l'actif de cette méthode.

Epithélioma métastatique de l'orbite, du nerf optique et de la choroïde apparu sept ans après l'ablation d'une tumeur du sein. — M. H. Viallefont insiste sur la bénignité relative de cette tumeur qui a évolué progressivement pendant un an avant l'intervention ; ce cas permet de tempérer l'opinion de Morax qui conseillait de s'abstenir de toute intervention dans les tumeurs métastatiques de l'orbite.

Anévrisme artério-veineux du canal de Hunter traité par la quadruple ligature avec extirpation du sac. — MM. Massabuau, Joyeux, Durand signalent l'impossibilité technique de l'endoanévrismorraphie, et les excellents résultats obtenus chez leur malade.

Métastases crâniennes et illio-pubiennes d'un cancer du corps de l'utérus. — MM. N.-C. Lapeyre, H. Estor et E. Nègre.

INFORMATIONS

(suite de la page 838)

Médaille des Epidémies (colonies). — *Médaille d'argent.* — M. le Médecin lieut.-col. Legendre, chef du service de santé de la côte française des Somalis ; M. le Médecin comm. Le Bihan, médecin de l'hôpital colonial de Djibouti.

Institut de bactériologie des Bouches-du-Rhône. — Un concours sur titres et sur épreuves (une de bactériologie et une de biologie) s'ouvrira à la Préfecture des Bouches-du-Rhône, pour le recrutement d'un médecin directeur de l'Institut Départemental de Bactériologie, le 5 janvier 1942.

Concours ouvert aux docteurs en médecine français, âgés de 30 à 50 ans. Traitement des chefs de division de la Préfecture. Inscriptions jusqu'au 6 décembre 1941. Renseignements : Inspection de la Santé des Bouches-du-Rhône, 4, rue Edmond-Rostand, Marseille.

Institut Régional de Puériculture et d'Hygiène scolaire de Bordeaux et du Sud-Ouest. — Pour l'année 1941-1942, la Fédération des Œuvres Girondines de Protection de l'Enfance organise, en accord avec l'Ordre des Médecins de la Gironde et l'Office Départemental d'Hygiène Sociale, un enseignement réservé aux docteurs et aux étudiants en fin de scolarité.

Il comprend trois sections : puériculture ante-natale (novembre-décembre 1941), puériculture post-natale (janvier-février-mars 1942), hygiène scolaire (avril-mai-juin 1942).

Un certificat sanctionnera l'assiduité à chacune des trois séries de cours et ces certificats pourront ultérieurement servir en vue de la désignation des médecins rétribués des consultations prénatales et des consultations de nourrissons que l'Office départemental d'Hygiène sociale se propose d'organiser dans le département, comme aussi pour l'inspection médicale scolaire.

Droit d'inscription à chaque série de cours : 100 francs. Inscriptions au Centre de Protection de l'Enfance, hôpital des Enfants, 168, cours de l'Argonne, Bordeaux.

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — M. le Professeur Pasteur Vallery-Radot commencera son cours le mardi 28 octobre 1941, à 17 heures, au petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure. Sujet : *Maladies infectieuses.*

— M. le Dr Mouquin, agrégé, commencera son cours le mercredi 20 octobre 1941, à 17 heures, au petit amphithéâtre et le continuera les vendredis, lundis et mercredis, à la même heure. Sujet : *Maladies du cœur et des vaisseaux.*

— Le cours d'hématologie, du Dr Peyre, qui devait commencer le 27 octobre, est reporté au 4 novembre 1941.

Nécrologie

Le Dr Machefer, membre du Conseil départemental de la Loire-Inférieure.

— Le Dr Vincentelli, membre du Conseil départemental de la Corse.

— Nous apprenons, avec émotion, la mort de notre bien cher confrère et ami, le Dr Félix Lobligeois, décédé à l'hôpital Marmottan, victime du devoir professionnel.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », parue dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouët a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée,** expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Elle est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Dr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple,** moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes ;* **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*

25

N°s 87-88. — 29 Octobre-1er Novembre 1941 — 114e ANNEE — Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux d'Angers. — Après concours ont été nommés : *Ophtalmologiste des hôpitaux*, M. le Dr R. Rousseau. — *Ophtalmologiste adjoint :* M. le Dr Hermann. — *Oto-rhino-laryngologiste adjoint :* M. le Dr Vanden Bossche.

Faculté de Médecine de Paris. — M. Max Jayle est nommé à titre exceptionnel professeur sans chaire ; M. Weill-Hallé est nommé directeur honoraire de l'Ecole de Puériculture.

CONCOURS DU CLINICAT. — Viennent d'être proposés pour les cliniques : chirurgicale de Cochin : MM. Logeais, Salvanet, Thomeret ; chirurgicale de Saint-Antoine : MM. Gandy, Gout et Monsaingeon ; chirurgicale de la Salpêtrière : MM. Billard, Gaumé et Lataix ; chirurgicale de l'Hôtel-Dieu : MM. Champeau, Laurence et Nardi ; des maladies cutanées de l'hôpital Saint-Louis : MM. Basset et Bouwens ; des maladies mentales de l'hôpital Sainte-Anne : Mlle Barret, MM. Deshaies, Maurice, Ménanteau et Neveu ; des maladies nerveuses de la Salpêtrière : MM. Grossiord, Pécher et Rogé ; obstétricale Baudelocque : MM. Jamain et Palmer ; médicale de Broussais : MM. Gaillas, Geffroy ; médicale de Cochin : Mme Œhmichen, MM. Claisse, Raynaud ; médicale de l'Hôtel-Dieu : MM. Gras et Tiffeneau ; médicale de Saint-Antoine : MM. Breton, Chassagne, Maude.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Sont prorogés d'un an MM. les agrégés Beauvieux, ophtalmologie ; Delmas-Marsalet, médecine générale ; Dufour, anatomie ; Joulia, dermatologie et syphiligraphie ; Loubat, chirurgie générale ; Piechaud, médecine générale ; Rivière, obstétrique.

Faculté de Médecine de Lyon. — Sont chargés de cours : MM. Duclos, stomatologie ; Pigeaux, accouchement ; Noël, embryologie ; Chambon, toxicologie ; P.-E. Martin, pathologie médicale.

Faculté de Médecine de Montpellier. — Sont chargés de cours : MM. Harant, pharmacologie ; Granel, histologie et embryologie ; Laux, anatomie topographique ; Ferrier, stomatologie ; Harant, histoire naturelle médicale ; Monnier, chimie biologique ; Sagols, direction des travaux pratiques de physique ; Chaptal, thérapeutique ; Richard, histoire naturelle et pharmacologie.

La Faculté de Médecine d'Hanoï. — Par décret, en date du 15 octobre 1941, l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de plein exercice de l'Indochine prend le nom de : *Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Indochine.* (*J. O.*, 19 octobre 1941.)

Facultés de pharmacie. — Le *Journal Officiel* du 23 octobre 1941 publie le décret du 16 octobre 1941 fixant les *droits d'étude et d'examen* à percevoir par les facultés de pharmacie.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — CIRCONSCRIPTIONS DES DIRECTEURS RÉGIONAUX DE LA SANTÉ ET DE L'ASSISTANCE. — Les directeurs régionaux de la santé et de l'assistance dont les noms suivent ont été affectés aux régions sanitaires définies ci-après :

1° M. Serges Gas, en résidence à Paris : départements de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne ;

2° M. le docteur Lelong, en résidence à Besançon : départements de la Côte-d'Or, de l'Yonne, de la Nièvre, de la Haute-Saône, du Doubs, du Jura (partie occupée), de Saône-et-Loire (partie occupée), de l'Allier (partie occupée), de l'Ain (partie occupée), de la Haute-Savoie (partie occupée) et du territoire de Belfort ;

3° M. le docteur Vieilledent, en résidence à Lille : départements du Nord et du Pas-de-Calais ;

4° M. le docteur Albertin, en résidence à Bordeaux : départements de la Gironde (partie occupée), des Landes (partie occupée) et des Basses-Pyrénées (partie occupée) ;

5° M. le docteur Merle, en résidence à Poitiers : départements

des Deux-Sèvres, de la Vendée, de la Charente-Inférieure, de la Vienne (partie occupée), de la Charente (partie occupée), de la Dordogne (partie occupée) ;

6° M. le docteur Bianquis, en résidence à Rennes : départements d'Ille-et-Vilaine, des Côtes-du-Nord, du Finistère et du Morbihan ;

7° M. Lanquetin, en résidence à Orléans : départements du Loiret, d'Eure-et-Loir, de Loir-et-Cher, de l'Indre (partie occupée) et du Cher (partie occupée) ;

8° M. Jouany, en résidence à Toulouse : départements de la Haute-Garonne, de Tarn-et-Garonne, du Lot, de Lot-et-Garonne, de l'Ariège, du Gers, des Hautes-Pyrénées, des Basses-Pyrénées (partie non occupée), des Landes (partie non occupée) et de la Gironde (partie non occupée) ;

9° M. le docteur Lamy, en résidence à Limoges : départements de la Haute-Vienne, de la Corrèze, de la Creuse, de la Dordogne (partie non occupée), de l'Indre (partie non occupée), de la Vienne (partie non occupée), de la Charente (partie non occupée), d'Indre-et-Loire (partie non occupée) ;

10° M. le docteur Schneider, en résidence à Châlons-sur-Marne : départements de la Marne, de la Haute-Marne et de l'Aube ;

11° M. le docteur Cleret, en résidence à Clermont-Ferrand : départements du Puy-de-Dôme, du Cantal, de l'Allier (partie non occupée) et du Cher (partie non occupée) ;

12° M. le docteur Grenoilleau, en résidence à Montpellier : départements de l'Hérault, du Gard, de la Lozère, de l'Aveyron, du Tarn, de l'Aude, des Pyrénées-Orientales ;

13° M. le docteur Goulley, en résidence à Marseille : départements des Bouches-du-Rhône, de Vaucluse, de l'Ardèche, de la Drôme, du Var, des Alpes-Maritimes, des Basses-Alpes, des Hautes-Alpes et de la Corse ;

14° M. le doteur Clavelin, en résidence à Lyon : départements du Rhône, de la Loire, de la Haute-Loire, de l'Ain, de la Savoie, de la Haute-Saône, de l'Isère, de Saône-et-Loire (partie non occupée) et du Jura (partie non occupée) ;

15° M. le docteur Melnotte, en résidence à Nancy : départements de Meurthe-et-Moselle, de la Meuse et des Vosges ;

16° M. le docteur Vidal, en résidence à Laon : départements de l'Aisne, des Ardennes, de l'Oise et de la Somme ;

17° M. Haag, en résidence à Rouen : départements de la Seine-Inférieure, de l'Eure, du Calvados, de la Manche et de l'Orne ;

18° M. le docteur Triollet, en résidence à Angers : départements de Maine-et-Loire, de la Loire-Inférieure, de la Mayenne, de la Sarthe et d'Indre-et-Loire (partie occupée) ;

19° M. le docteur Boulangier, directeur régional de la santé et de l'assistance, est adjoint à M. le docteur Clavelin, directeur régional de la santé et de l'assistance pour la région de Lyon.

M. le docteur Boulangier exercera plus spécialement ses fonctions dans les départements de la Haute-Savoie, de la Savoie, de l'Isère, de l'Ain (partie non occupée). Il résidera à Grenoble.

Vaccinations obligatoires. — Un arrêté ministériel, en date du 15 septembre (*J. O.* du 19 octobre 1941), approuve les modèles des fiches, listes, déclarations, avertissements et carnets de vaccination, nécessaires à l'application des lois sur les vaccinations obligatoires.

Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front. — La Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front aura l'honneur, conjointement avec l'Amicale des Formations Sanitaires de l'Avant, de raviver la Flamme sous l'Arc de Triomphe, le vendredi 21 novembre 1941, à 18 h. 30.

Plus que jamais, la Flamme doit être le signe de ralliement de tous les Français.

Tous les médecins, les anciens comme les jeunes, qu'ils aient ou non appartenu aux corps combattants, sont instamment conviés à venir assister, aussi nombreux que possible, à cette cérémonie. Rendez-vous directement sous l'Arc ; ni drapeaux, ni insignes.

Cours

Clinique de la Tuberculose (HÔPITAL LAËNNEC, 42, rue de Sèvres). — Le professeur Jean Troisier a commencé son cours le mardi 28 octobre. Il continuera son enseignement à la Clinique de la Tuberculose (hôpital Laënnec), les mardis et jeudis, à 10 heures 30.

Maladies mentales. — Le Professeur Laignel-Lavastine, à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale à l'hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, reprendra son enseignement le *dimanche* 9 *novembre* 1941, *à* 10 *heures.*

— Les conférences hebdomadaires sur « Les problèmes psychiatriques » commenceront, sous la direction du Prof. Laignel-Lavastine, le *dimanche* 9 *novembre* 1941, *à* 11 *heures* et continueront tous les dimanches à la même heure.

Cours d'anatomie. — Le cours d'anatomie de M. Cordier, agrégé, a commencé le lundi 27 octobre, au grand amphithéâtre de l'Ecole Pratique. Il le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à 18 heures.

Cours libre sur le Service social et l'Assistance médico-légale. — M. le Dr P.-F. Armand-Delille commencera le mercredi 5 novembre 1941, à 17 heures, à la Sorbonne (amphithéâtre Edgar-Quinet), et continuera les mercredis suivants, à la même heure, une série de conférences sur l'organisation du Service social et de l'Assistance médico-sociale.

Institut de Criminologie. — Le Professeur Laignel-Lavastine commencera son cours de « Psychiatrie médico-légale élémentaire » à la Faculté de Droit, le *vendredi* 21 *novembre* 1941, *à* 11 *heures*, amphithéâtre n° 3 et le continuera tous les vendredis à la même heure.

Mariage. — On annonce le récent mariage du Dr Raymond Gaube, ancien interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Marie-Christine Voillemot, fille du Dr Léon Voillemot.

Ordre des Médecins

Communiqué

La Commission Régionale de l'Ordre des Médecins de la Région sanitaire de Paris et le Comité de Coordination des Conseils de l'Ordre des Médecins de la Région Parisienne (Assurances Sociales) se sont réunis, le 12 octobre 1941, à leur siège social, 28, rue Serpente à Paris.

Les cinq départements de la région parisienne étaient représentés à ces importantes réunions au cours desquelles les questions professionnelles à l'ordre du jour ont été examinées et discutées.

En ce qui concerne les Assurances sociales, le Comité de Coordination a maintenu sa position d'indépendance vis-à-vis des caisses, ne se refusant à aucune conversation, mais entendant conserver les légitimes garanties qui avaient jusqu'ici été accordées au Corps Médical (libre choix, entente directe, etc.).

Le Comité de Coordination a de nouveau insisté pour que la Commission Tripartite où le Corps médical peut faire utilement entendre sa voix, ne soit pas supprimée et se réunisse régulièrement.

Le Comité de Coordination a enfin émis un vœu demandant que les Corporations, qui sont actuellement en voie de constitution, n'empiètent pas sur le domaine de la corporation médicale en créant elles-mêmes ou par l'intermédiaire des caisses d'assurances sociales dépendant d'elles, des services de soins à domicile, des dispensaires ou des maisons de santé.

De son côté, la Commission Régionale a approuvé les termes d'un rapport concernant les modifications à apporter au régime de l'assistance médicale gratuite dans le département de la Seine, et décidé de nouvelles démarches pour obtenir, en particulier, un relèvement d'honoraires pour les soins donnés aux assistés.

La Commission Régionale a discuté également un rapport qui lui était présenté sur les dispensaires. Ce rapport, après quelques retouches, sera présenté au directeur régional de la Santé et de l'Assistance de la région sanitaire de Paris.

Enfin, la Commission régionale, ayant pris connaissance des textes officiels relatifs à l'organisation du service des vaccinations associées antitétanique et antidiphtérique, a manifesté ses préférences pour une organisation qui encouragerait les vaccinations individuelles au cabinet du médecin plutôt que les vaccinations collectives dans des centres créés à cet effet.

Ajoutons qu'au cours de ces réunions, il a été donné connaissance de la décision du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine de fixer, à partir du 1er novembre 1941, les honoraires minima pour la consultation et la visite, respectivement à 35 francs et à 40 francs, la valeur du chiffre-clé restant fixée à 25 francs pour les actes de pratique médicale courante et à 20 francs pour les actes de chirurgie et de spécialités.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

L'INFANTILISME PAR ANORCHIDIE OU ANOVARIE PRIMAIRES

par le Professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

Dans un précédent article (1), j'ai montré que « l'infantilisme est un syndrome qui s'installe, chez les sujets *qui n'ont pas de puberté*, du fait de la *carence de leurs glandes sexuelles*, quand ils ont dépassé l'âge où la puberté s'achève chez un sujet normal. C'est par suite de l'*absence du sexe génital*, et par cela seul, que ces sujets restent semblables à des enfants. Les autres manifestations sont des caractères contingents, qui peuvent relever de facteurs divers intriqués ».

Une cause indiscutable de l'infantilisme est l'absence des testicules ou des ovaires, l'anorchidie (α, privatif ; ὄρχισ, testicule) ou l'anovarie (α, privatif ; *ovarium*, ovaire).

Elles sont réalisées en *médecine expérimentale* et en *médecine vétérinaire* par la **castration,** c'est-à-dire par l'ablation des testicules ou des ovaires chez des animaux impubères. Pour entraîner l'infantilisme celle-ci doit être *complète*, porter sur les deux glandes ; *incomplète*, laissant en place une de celles-ci, elle est inopérante. Chez les ruminants on emploie généralement le *bistournage* ou torsion des glandes génitales.

Chez le *garçon impubère*, la castration est pratiquée dans des circonstances diverses.

En Orient et en Extrême-Orient, on l'exécute pour le recrutement des futurs *eunuques*.

L'*eunuque* (εὐνή, lit ; ἔχειν, garder) est un « homme privé par la castration des parties génitales, plus particulièrement des testicules, et préposé, en Orient, à la garde des femmes » (2).

D'après les modalités de la mutilation, on distingue quatre classes d'eunuques.

1° Les *spadones* ou *eunuques imparfaits* n'ont perdu qu'un testicule ; ils peuvent accomplir l'acte de la génération et même se reproduire : ce ne sont pas de vrais eunuques.

2° Les *eunuques* appelés *thadiai* ou *thaitai* ont les testicules atrophiés par le froissement des doigts, manœuvre qui correspond au *bistournage* des vétérinaires.

3° et 4° Les *eunuques vrais* ont subi l'ablation des deux testicules. D'après les modalités opératoires ils forment deux groupes : les uns ont le pénis intact ; les autres présentent une mutilation complète par suite du sectionnement du pénis et des bourses.

Certaines sectes religieuses pratiquent la *castration rituelle*. Il en était ainsi dans l'ancienne secte russe des *Skoptzys* ou *Scopits*, qui ont émigré aux Etats-Unis et au Canada. Actuellement ceux-ci sont autorisés à se marier et à procréer. La castration est pratiquée seulement après la naissance d'un ou deux enfants (3).

La castration prépubérale est parfois soit *traumatique* ou *accidentelle*, soit réalisée par une *intervention chirurgicale* pour une affection grave des testicules.

Chez la *fille impubère*, la castration est beaucoup plus rare que chez le garçon.

Dans l'Inde, d'après Roberts, on pratique parfois l'ovariotomie pour le recrutement d'eunuques femelles, chargées du service des grandes dames.

---

(1) Nobécourt (Pierre). Quelques considérations sur l'Infantilisme. — L'Infantilisme résulte de l'absence de puberté, du fait de la carence des glandes sexuelles (*Gazette des Hôpitaux*, 114e année, nos 75-76, 17-20 septembre 1941, p. 737).
(2) Larousse (P.). *Grand dictionnaire universel*, Tome VII.
(3) Rapaport (Jonel, Florian). La castration rituelle. L'état mental des Skoptzy (*Thèse de Paris*, 1937).

L'anorchidie et l'anovarie peuvent exister dans diverses circonstances.

Il y a des cas d'**absence congénitale** des testicules ou des ovaires par *aplasie*.

Il y a des cas d'**atrophie** due à une *dystrophie* locale ou générale, à une *orchite* ou à une *ovarite* causées par la syphilis congénitale, la tuberculose, une maladie infectieuse, telle que les oreillons. Dans ces cas, les glandes sont petites, mais inertes fonctionnellement.

En dehors de la castration, il est toujours difficile d'affirmer l'absence ou la carence complète des glandes sexuelles. Constater l'absence des testicules dans les bourses, la *cryptorchidie bilatérale*, ne renseigne nullement sur l'état des testicules ; l'intervention chirurgicale, qu'il convient toujours de pratiquer pour les faire descendre dans les bourses, si on les trouve, permet seule de l'apprécier.

Il n'existe pas de *test* permettant de reconnaître l'anorchidie.

La recherche de l'*hormone mâle* dans l'urine est longue et délicate. D'ailleurs, d'après Bühler, chez le garçon normal, on n'en trouve pas avant la puberté, elle n'apparaîtrait qu'entre la puberté et vingt ans.

Pour la fille, la *folliculinurie*, qui existe normalement dès l'enfance, ne doit pas apporter de renseignements bien utiles, car la folliculine ne provient pas seulement de l'ovaire ; son absence pourrait être une indication.

D'autre part, les processus généraux qui ont pu entraîner l'*aplasie* ou l'*atrophie des glandes sexuelles* sont susceptibles d'entraîner des troubles divers qui compliquent le syndrome clinique.

Au contraire, la castration, quand elle a été réalisée chez un garçon normal, a la valeur d'une expérience. L'*infantilisme* qui s'installe à la suite réalise le syndrome à l'état de pureté. C'est lui qui doit être pris comme type. On l'observe chez les *eunuques* ; il réalise l'*eunuchisme*.

Je ne partage pas l'opinion d'E. Apert (1) quand il écrit : « La morphologie de l'enfant n'est pas non plus celle d'un *eunuque* comme tendrait à le faire croire la définition proposée par M. Souques ; l'*eunuque* exagère la morphologie de l'adolescent et y ajoute des formes arrondies de jeune fille ; il tend à réaliser le type neutre de l'espèce, tandis que le garçon est, dans tous les détails de son individu, garçon et non fille ; l'*eunuque* a une tendance à l'obésité que l'infantile, du moins dans le type qui nous occupe, ne possède pas au même degré. Il est donc impossible d'admettre que la définition de l'*infantilisme* doive se confondre avec celle de l'*eunuchisme* et se baser uniquement sur l'état des organes et des caractères sexuels accessoires. »

E. Apert fait une confusion. Elle tient à ce qu'il n'a pas donné une définition précise de l'infantilisme, d'une part, à ce qu'il ne tient pas compte de l'évolution de l'individu qui se poursuit avec l'âge, d'autre part. Comme je l'ai montré dans mon précédent article, le fait capital est la *castration prépubérale ;* il faut suivre le garçon depuis le jour de sa mutilation : ce jour-là il devient un eunuque ; l'eunuchisme s'installe graduellement et l'*eunuque reste* un infantile. Son infantilisme est un *infantilisme pur*, *primaire*, par opposition aux *infantilismes complexes*, *secondaires*, dans lesquels l'anorchidie est subordonnée à d'autres facteurs, qui, d'autre part, entraînent des symptômes ne relevant pas de celle-ci.

Par ailleurs, je ne peux suivre Apert quand il écrit que l'eunuque « tend à réaliser le type neutre de l'espèce », que les filles hindoues et abyssines, castrées dans l'enfance, « réalisent un type neutre de l'espèce et non un type infantile » Ce ne sont pas des *neutres*, mais bien des hommes ou des femmes ; ils ont un *sexe somatique* ou *génétique ;* il leur manque le *sexe génital* et c'est par quoi ils sont des infantiles.

---

(1) Apert (E.). Les infantilismes, *in La Pratique Médicale Illustrée* de Sergent (E.), Mignot (R.), Turpin (R.). G. Doin et Cie, Paris, 1931.

L'INFANTILISME PAR CASTRATION PRÉPUBÉRALE OU EUNUCHISME

I. Quand un GARÇON a subi la castration, il ne présente, pendant un temps qui varie suivant l'âge de la mutilation, aucune manifestation particulière.

C'est seulement quand il arrive à l'âge où devrait évoluer la puberté, s'il était normal, que l'anorchidie commence à se manifester par une *symptomatologie négative.*

Les **caractères sexuels secondaires** n'apparaissent pas.

Vers 14 ans et demi les poils ne poussent pas dans la région pubienne (normalement P^1, d'après la notation de Paul Godin).

Vers 15 ans et demi, le pubis reste glabre, la toison pubienne ne s'est pas constituée, les poils ne sortent pas dans les aisselles (normalement P^3 A^1), la voix reste grêle, ne mue pas : il n'y a pas d'éclosion de la puberté.

Vers 17 ans et demi, les régions pubienne et axillaire sont toujours glabres (normalement P^5 A^{3-4-5}), les poils de la moustache ne se montrent pas, la voix n'a pas changé, la pomme d'Adam ne fait pas saillie ; or c'est à cet âge, chez le garçon dont les testicules sont normaux, que ces phénomènes témoignent de l'achèvement de la puberté.

D'autre part, vers 17 ans, si le castré a conservé son *pénis*, celui-ci ne présente pas le grossissement, qui, normalement, se produit assez rapidement ; il garde ses dimensions infantiles. Le *scrotum* ne se développe pas.

Un examen complet permet de constater que la *prostate* et les *vésicules séminales* restent petites. Il ne se produit pas d'éjaculations, phénomène physiologique à cette période de la vie.

Tels sont, *dans l'ordre somatique, les* SYMPTOMES ESSENTIELS, PATHOGNOMONIQUES de l'*anorchidie* et de la *carence des sécrétions sexuelles.* Le garçon qui n'a pas de puberté, reste de ce fait, un *enfant*, un *infantile ;* il ne devient pas un *jeune homme.*

Dans l'ordre psychique et *dans l'ordre moral*, on remarque la même *symptomatologie négative.* L'intelligence, le caractère, le moral du castré restent ceux d'un enfant ; ils ne présentent pas les transformations profondes, qui souvent font du jeune homme un être très différent du garçon impubère et qui sont si importantes du point de vue de l'éducation.

Toutefois, l'absence des transformations dans l'ordre psychique est peut-être moins caractérisée que l'absence des transformations dans l'ordre somatique. Les états psychiques des castrés sont assez divers ; les troubles qu'ils présentent, écrit Achille Souques (1), « souvent peu marqués, sont inconstants et le jugement comme le raisonnement restent, en général, très supérieurs à ceux de l'enfant. L'infantilisme est, avant tout, un syndrome somatique. » Cette opinion contient une part de vérité, car des facteurs complexes, et notamment l'éducation, interviennent dans la formation psychique et morale ; toutefois, la plupart des infantiles diffèrent, plus ou moins, des jeunes gens normaux du même âge.

A côté des symptômes essentiels pathognomoniques, le castré présente des SYMPTOMES INTRIQUÉS, CONTINGENTS qui relèvent indirectement ou ne relèvent pas de l'anorchidie et de la carence des sécrétions testiculaires.

La **croissance staturale** (2) se poursuit d'abord comme chez le garçon normal ; le castré peut, comme ce dernier, avoir une poussée de croissance de 12 à 16 ans. Mais tandis que, normalement, la croissance devient faible et s'arrête presque complètement dans la vingt-et-unième année, la taille ne s'allongeant plus que de quelques millimètres jusqu'à 23-25 ans, chez le castré, *elle se poursuit au delà des limites habituelles d'âge*, de sorte que l'eunuque finit par avoir une haute stature.

Chez le garçon normal, de 12 à 16 ans, la poussée de croissance staturale se fait surtout par les membres inférieurs le rapport de Manouvrier $\left(\frac{S}{B}\right)$ atteint son maximum (0,92) à 14 et 15 ans ; puis il diminue légèrement et, à partir de 16 ans, se stabilise (0,90). Chez le garçon castré, l'accroissement se fait également surtout par les membres inférieurs ; mais *il se poursuit au delà de l'âge habituel ;* les membres inférieurs devenant proportionnellement de plus en plus longs et la *mascroskélie* s'installe. Celle-ci apparaît donc tardivement ; elle est un symptôme important de la carence testiculaire mais n'en constitue pas un caractère pathognomonique comme l'absence de puberté.

La prolongation de la croissance staturale et de l'allongement des membres inférieurs témoigne de l'*activité des cartilages de conjugaison* au delà de l'âge habituel.

Les *radiographies* en fournissent la démonstration. Alors que, chez le garçon normal de 16 à 21 ans, les cartilages deviennent de moins en moins visibles et se soudent peu à peu, chez le castré, ils restent très visibles et ne se soudent que lorsqu'il est à l'âge de l'adulte.

Telle est l'influence qu'exerce la carence testiculaire sur la croissance staturale et la taille. Il est bien évident que, pour que la croissance se poursuive, il faut que le cartilage de conjugaison possède une activité proliférative suffisante, que l'antéhypophyse et la glande thyroïde soient en état de stimuler les cartilages ; sinon, le castré peut conserver une taille moyenne ou même avoir une petite stature. Les garçons qui ne sont pas privés de leurs testicules offrent la même diversité. Souques a donc raison, quand, parlant de la taille dans l'infantilisme, il écrit : « La longueur de la taille n'a rien à voir avec ce syndrome. Les infantiles sont assez souvent petits, mais il en est de grands et même de géants. »

L'accroissement du **périmètre thoracique** est faible. Le thorax paraît être d'autant plus étroit que la taille s'élève ; le *rapport du périmètre thoracique à la taille* est inférieur aux moyennes normales.

Le **poids** des castrés ne présente rien de bien spécial. Ces sujets ne présentent pas d'adiposité exagérée ; s'ils deviennent obèses, c'est du fait de l'intervention de facteurs autres que la carence testiculaire. Parfois, mais non toujours, un certain degré d'adiposité des cuisses, de l'abdomen, des hanches, des seins, leur donne une *apparence féminine ;* mais ce n'est pas un caractère pathognomonique de l'insuffisance sexuelle ; il s'agit d'une intrication (1). Je suis d'accord aves Léopold-Lévi (2), qui, en 1913, disait : « L'insuffisance testiculaire ne conditionne pas en général l'obésité. »

Quand le castré a atteint une taille élevée, du fait de cette haute stature, de son périmètre thoracique relativement faible, de son poids médiocre, son *coefficient de Pignet* est fort.

Par ailleurs, le castré a des *os* grêles, des *muscles* peu développés.

Quand on suit l'évolution des phénomènes chez les garçons castrés avant la puberté, on comprend pourquoi, parvenus à l'âge adulte, ils ne peuvent présenter, trait pour trait, la morphologie et l'anthropométrie des enfants.

Les EUNUQNES adultes sont cependant des INFANTILES.

Leur *infantilisme* est caractérisé par l'absence des caractères sexuels secondaires, la petitesse de leur penis, de leur prostate, de leurs vésicules séminales.

Ils ont généralement une *haute stature* et sont *macroskèles.* Ils sont *longilignes.*

(1) SOUQUES (A.). L'infantilisme et l'insuffisance de la sécrétion interne du testicule (*La Presse Médicale*, 26 juin 1912, p. 549).

(2) NOBÉCOURT (P.). Sexualité, croissance staturale et taille (*Revue Pratique des Maladies des Pays Chauds*, 19e année, Tome XX, n° 2, 15-29 février 1940).

(1) NOBÉCOURT (P.). *Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance.* Masson et Cie, Paris, 1926, IX. Des obésités endocriniennes chez les enfants (8 mars 1924), p. 176.

(2) LÉOPOLD-LÉVI. *Association Française de Pédiatrie.* Premier congrès des *Pédiatres de langue française*, Paris 1913.

Leur *poids* et leur *adiposité* diffèrent suivant les individus. Celle-ci peut être exagérée ; ils peuvent même être *obèses*. L'obésité n'est pas la conséquence de la castration ; elle tient au genre d'existence, à l'activité réduite, à l'alimentation souvent riche en glucides. Ils peuvent avoir l'*habitus féminin*, parfois le *féminisme* s'intrique à l'infantilisme ; mais c'est à tort qu'on rattache le premier au second. « Cette interprétation, écrivent P. Sainton, H. Simonnet et L. Brouha (1), est inexacte ; ils conservent le type infantile ou l'état intersexuel de l'enfant. Forel n'a-t-il pas dit dans un langage imagé que « l'eunuque n'est pas plus une femme que le bœuf n'est une vache. »

Les *cartilages de conjugaison* persistent. Sur un squelette d'eunuque, Lortet les a constatés au niveau de l'épine de l'omoplate, de la tête humérale, des extrémités inférieures des radius et des métacarpiens. Chez un homme de 30 ans, haut de 204 centimètres, Launois et Pierre Roy ont relevé sur les radiographies la non-soudure des épiphyses des os de l'avant-bras, des métacarpiens, des phalanges.

L'*appétit sexuel* pourrait être conservé. Mais il faut tenir compte des circonstances spéciales dans lesquelles ces sujets passent leur existence et du rôle d'une imagination toujours en éveil. On signale leur vanité sexuelle ; l'eunuque chinois adopte de nombreux enfants qui le traitent de père.

On dit que les eunuques sont apathiques, couards, puérils, espions, délateurs, cruels, débauchés, rusés, hypocrites. Mais ici encore interviennent l'éducation et le milieu.

Arrivés à l'âge de la *vieillesse* ils subissent une déchéance rapide, se cachectisent et meurent rapidement d'une infection.

II. — Chez la FILLE castrée avant la puberté, les conséquences sont de même ordre que chez le garçon.

L'âge venu, la *puberté n'apparaît pas*. Vers onze ans, les glandes mammaires ne grossissent pas. Vers douze ans, les premiers poils ne sortent pas sur le pubis et le bord libre des grandes lèvres. Vers treize ans, âge moyen de l'éclosion de la puberté, le pubis reste glabre et les poils axillaires ne commencent pas à se montrer (normalement P^3 A^1), les grandes lèvres ne s'épaississent pas, la première menstruation ne survient pas. Vers quinze ans, âge d'achèvement de la puberté (normalement P^5 A^{3-4-5}) il n'y a de poils ni au publis ni dans les aisselles, les grandes lèvres sont petites et molles, le vagin est étroit, l'utérus petit. La fille ne devient pas une jeune fille.

Toutefois, les seins grossissent assez souvent ; mais ils sont constitués par de la graisse et les glandes mammaires n'existent pratiquement pas.

A l'absence de phénomènes d'*ordre somatique* se joint, dans l'*ordre psychique* et l'*ordre moral*, l'absence des transformations qui s'effectuent pendant la puberté chez les filles.

Aux SYMPTOMES ESSENTIELS, PATHOGNOMONIQUES de *l'anovarie* s'intriquent des SYMPTOMES INTRIQUÉS, CONTINGENTS.

La *croissance staturale* se comporte comme chez le garçon. Tandis que normalement, elle se ralentit à partir de quatorze ans et devient très faible ou même nulle à partir de seize ans, elle persiste pendant des années et la *stature devient élevée*. En même temps, la *macroskélie* s'installe et augmente.

Le *thorax* reste grêle, le *rapport* du *périmètre thoracique* à *la taille* est faible, le *poids* relativement peu élevé, le *coefficient de Pignet* fort.

La fille, plus que le garçon a tendance à l'*adiposité*.

D'après Roberts, les femmes eunuques des Indes ont un habitus et une voix virils, des hanches étroites, des fesses plates, des organes génitaux externes et des seins petits, comme atrophiés.

« Les Andjeras, Hindoues et Abyssines, écrit E. Apert, autrefois castrées dès l'enfance pour le service des grandes dames, sont grandes, fortes, musculeuses, sans mamelles, avec des mamelons minuscules, sans poils au pubis ni aux aisselles, la voix grave. Elles réalisent un type neutre de l'espèce et non un type infantile. »

A l'infantilisme peut s'intriquer le *virilisme*, de même que, chez le garçon, le féminisme.

Voici, à titre d'exemple, les caractères d'une fille infantile, de dix-sept ans, probablement atteinte d'anovarie.

Simone (34-4300) m'est présentée, le 24 mais 1934, parce qu'elle n'est pas réglée.

Née le 26 janvier 1917, elle est âgée de 17 ans 2 mois. Elle est bien portante, mais se fatigue facilement. La pression artérielle, avec l'appareil de Pachon, est de 15-7,5.

Elle est bien conformée ; ses seins sont petits, son bassin n'est pas large. Le pubis, les grandes lèvres, les aisselles sont glabres (normalement P^5 A^{3-4-5}) les grandes lèvres, le clitoris sont ceux d'un enfant.

Elle mesure 161 cm., pèse 48 kg., a un périmètre thoracique de 71-78 cm. = 74 cm. 5.

En comparaison avec les mesures moyennes d'une fille normale de 17 ans, la taille est supérieure de 7 cm., le poids est le même, le périmètre thoracique est inférieur de 4 cm. 5.

La hauteur du buste est de 82 cm. 5, la longueur des membres inférieurs de 78 cm. 5 ; le rapport de Manouvrier de 0,951 au lieu de 0,90.

Somme toute, Simone a une hypertrophie staturale et une macroskélie légères. Par contre, ses rapports du poids à la taille (298 au lieu de 311), du périmètre thoracique à la taille (0,462 au lieu de 0,512) sont faibles et son coefficient de Pignet (38,5 au lieu de 27) est fort.

A l'examen gynécologique le vagin est normal, l'utérus est grêle (pas de museau de tanche, orifice punctiforme, corps non perceptible), on ne sent pas d'ovaires.

Il n'existe aucun symptôme clinique témoignant d'une dyshypothyroïdie ou d'un trouble de l'hypophyse.

Simone est un type d'*infantilisme par anovarie* La cause de cette dernière est difficile à préciser.

La mère et une sœur aînée, âgée de vingt-sept ans, ont été réglées vers treize ans ; une sœur de vingt-trois ans n'est pas réglée et a une haute stature.

Simone a eu des *oreillons* assez forts à dix ou onze ans ; elle n'a pas présenté de troubles abdominaux pouvant faire penser à une ovarite.

Il s'agit vraisemblablement d'une *aplasie* ou d'une *dysplasie ovariennes*.

DÉTERMINISME DES PHÉNOMÈNES CONSÉCUTIFS A LA CASTRATION PRÉPUBÉRALE

La castration testiculaire ou ovarienne, faite avant la puberté, réalise l'*infantilisme pur, primaire*.

S'il en était besoin, la *médecine expérimentale* et la *médecine vétérinaire* confirmeraient les observations faites chez l'enfant. Les ANIMAUX CASTRÉS dans le jeune âge présentent l'absence des caractères sexuels secondaires, des organes sexuels petits. La voix ne se modifie pas : le beuglement du bœuf n'est pas le mugissement du taureau. Le caractère est tranquille et doux.

D'autre part, le *train postérieur* s'allonge anormalement, le *train antérieur* reste étroit. Les *cartilages de conjugaison* persistent au delà de l'âge où normalement ils devraient être soudés.

Le seul facteur qui intervienne dans la castration chez l'enfant et le jeune animal est l'ABSENCE DES SÉCRÉTIONS ENDOCRINES des testicules et des ovaires, des excitants fonctionnels ou spécifiques, qui sont les *hormones* (ορμάω, j'excite), de produits à action morphogène, qui sont les *harmozones* (ἁρμόζω, je règle, je dirige).

Ce sont ces sécrétions qui déclenchent la *puberté* à un âge donné, soit parce que alors elles apparaissent ou deviennent plus actives, soit parce que les tissus ont atteint, du fait de la croissance, un certain degré de développement les rendant sensibles à l'action de ces sécrétions, soit encore de l'intrication de ces deux facteurs.

C'est tout le problème du *déterminisme physiologique de la puberté* qui se pose. Ce n'est pas le lieu de l'étudier ; il comporte d'ailleurs encore bien des inconnues. Deux questions sont cependant plus particulièrement à mentionner, à propos de l'infantilisme.

(1) SAINTON (H.), SIMONNET (H.), BROUHA (L.). *Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale*. Masson et Cie, Paris, 1937, p. 615.

La première question est relative au LIEU DE LA SÉCRÉTION ENDOCRINE DANS LES GLANDES SEXUELLES : cellules de la lignée séminale ou glande interstitielle ?

Pour les **testicules** les recherches de Bouin et Ancel, poursuivies depuis 1904, les ont conduit à conclure que la sécrétion interne appartient à la *glande interstitielle.* Chez les *cryptorchides*, hommes ou animaux, les caractères sexuels secondaires, l'instinct génésique, etc..., sont normaux quand cette glande existe ; par contre, ces sujets restent stériles, du fait que leurs tubes séminifères ne contiennent pas de cellules séminales ; mais si leur glande interstitielle est aplasiée ou atrophiée, ils deviennent des infantiles. La *ligature des canaux déférents*, les *épididymites* n'entraînent pas l'infantilisme, parce que la glande interstitielle reste intacte. La stérilisation par les *rayons de Roentgen* n'entraîne également pas l'infantilisme, parce que, d'après Bergonié et Tribondeau, elle détruit les cellules séminales, mais respecte les cellules interstitielles.

Somme toute, d'après cet ensemble de faits, l'infantilisme est une *insuffisance diastématique* (διαστημα, intervalle), due à l'absence, à l'aplasie ou à l'atrophie de la glande interstitielle. C'est l'opinion adoptée par Achille Souques, en 1912, quand il définit l'infantilisme : « ... un syndrome somatique dû à l'insuffisance fonctionnelle de la glande génitale interstitielle... ».

Le rôle de l'interstitielle n'est pas admis sans conteste ; il est discuté ou restreint par de nombreux auteurs. Actuellement, d'après Louis Salomon (1), son rôle endocrinien paraît établi et cet auteur apporte son adhésion à la théorie de Bouin et Ancel ; mais il ajoute : « L'endocrinologie génitale n'est plus aussi simple qu'on pouvait le croire il y a quarante ans. Il s'agit donc moins, selon nous, d'être pour ou contre la théorie de l'interstitielle, telle qu'elle fut envisagée à l'origine, que d'adapter cette conception générale de Bouin et Ancel à l'analyse objective des faits expérimentaux nouveaux. »

Pour les **ovaires,** il n'y a pas les mêmes discussions relatives au rôle de la glande interstitielle pour les testicules. La *folliculine*, secrétée par l'appareil folliculaire, paraît être le facteur fondamental de la puberté.

La seconde question est relative aux INTERRELATIONS FONCTIONNELLES DES GLANDES SEXUELLES AVEC LES AUTRES GLANDES ENDOCRINES.

D'une part, les **diverses glandes endocrines agissent sur les glandes sexuelles.** La *carence des hormones thyroïdiennes et antéhypophysaires* inhibe les testicules et les ovaires et entraîne les *infantilismes secondaires.* Nous ne nous en occupons pas.

D'autre part, les **hormones sexuelles agissent sur les autres glandes endocrines;** leur carence peut modifier ou troubler le fonctionnement de ces dernières.

Pour donner une idée de la complexité du problème, il suffit d'envisager la *croissance staturale* des castrés.

A l'état normal, les choses se passent comme si les testicules et les ovaires, pendant les années qui précèdent la puberté et la première phase de celle-ci, exerçaient une action stimulante sur la croissance, puis, une fois la fonction génitale, génétique ou génésique établie, exerçaient une action freinatrice. On a pensé à la sécrétion d'une *chalone* (χαλάω, je ralentis) sexuelle qui exercerait une action freinatrice sur le cartilage de conjugaison. La castration, en supprimant cette chalone, permettrait la persistance de l'activité proliférative de ce cartilage.

En réalité, le facteur principal semble consister dans une sorte de balancement entre la *fonction somatotrope* et la *fonction gonadotrope* de l'antéhypophyse. La castration provoque une hypertrophie de l'antéhypophyse et l'augmentation du nombre des cellules éosinophiles substratum de l'hormone gonadotrope. L'influence de la folliculine, étudiée par Max Aron, Portier, A. Fischer et M. Ingel est particulièrement nette.

(1) SALOMON (Louis). La glande interstitielle du testicule. Son histophysiologie générale et ses tumeurs chez les mammifères domestiques et chez l'homme. E. Le François, Paris, 1938.

La carence des hormones sexuelles joue un rôle capital dans la production de l'infantilisme. D'elle dépend la non-apparition des caractères du *sexe génital* qui relève de ces hormones.

Mais, d'autre part, l'influence du *sexe somatique* ou *génétique*, indépendant de ces hormones, acquis dès la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde, continue de s'exercer ; l'*infantile* n'est pas neutre, il est *masculin* ou *féminin* de même que l'enfant avant la puberté.

Le rôle de la carence en hormones sexuelles est confirmé par les effets de l'*opothérapie sexuelle.*

TRAITEMENT DE L'INFANTILISME PAR ANORCHIDIE OU ANOVARIE

Le traitement consiste essentiellement dans l'*opothérapie testiculaire* ou *ovarienne.*

OPOTHÉRAPIE TESTICULAIRE. — Après avoir montré le rôle de la **glande interstitielle du testicule,** Bouin et Ancel, en 1906, préparent des *extraits de glande interstitielle* en épuisant par la glycérine et l'eau des testicules ectopiques, dans lesquels cette glande est très développée, de grands mammifères. Ils traitent des *jeunes cobayes castrés* par des injections répétées de ces extraits. Les animaux traités ont des fémurs et des tibias plus longs que ceux des animaux entiers, mais beaucoup moins longs que ceux des animaux castrés non traités ; d'autre part, leurs organes génitaux ont un développement à peu près normal, tandis que ceux des castrés non traités ont conservé les mêmes dimensions que ceux des animaux très jeunes.

Pézard traite par des *extraits de testicules de porcs cryptorchides* des *coquelets castrés.* Chez ces animaux, la crête et les barbillons se développent, le chant, l'instinct sexuel, l'ardeur combattive apparaissent ; on n'observe rien de semblable chez les chapons non traités.

En *clinique humaine* il n'a pas été obtenu, à ma connaissance, chez les garçons infantiles, de résultats bien nets.

La découverte, en juin 1935, par Laqueur, David, Dingemanse et Freud, de la *tectorérone* a été le point le départ d'une thérapeutique remarquablement efficace. Ce produit est en quantité très faible dans les testicules : un milligramme dans dix kilogrammes de testicules de taureau.

Peu après, Ruzicka, Wettstein et Kaegi réalisent sa synthèse, en partant du cholestérol. Puis Miescher établit que dans la série des éther-sels obtenus avec la Testostérone, le *propionate de testostérone* (ester-propionique de la testostérone) est le plus actif.

Un milligramme de testostérone répond à environ cinquante *Unités coq internationales*, dose nécessaire pour provoquer la croissance de la crête du chapon (Test de Pézard).

On trouve en pharmacie des produits spécialisés (Stérandryl, Pérandrone) : une ampoule de un centimètre cube contient soit cinq milligrammes, soit dix milligrammes de propionate de testostérone.

On emploie également l'*acétate de testostérone.* Un infantile d'origine hypophysaire de vingt-deux ans, que j'ai soigné avec S. Briskas (1), tolérait mieux les fortes doses de ce produit que celles de propionate.

On administre le médicament en injections intra-musculaires quotidiennes ou tous les deux jours à des doses de dix, quinze, vingt milligrammes, suivant la tolérance. Le traitement est de longue durée.

P. Moricard et P.-R. Bize (2) ont traité des *garçons de cinq à quatorze ans*, c'est-à-dire *impubères*, pour lesquels

(1) NOBÉCOURT (Pierre) et BRISKAS (Sotirios). Traitement par le testostérone d'un garçon de vingt-deux ans présentant une hypotrophie staturale et un infantilisme d'origine hypophysaire (tumeur de la poche de Rathke). *Académie de Médecine*, 22 juillet 1941.

(2) MORICARD (P.) et BIZE (P.-R.). Premières observations du développement du pénis provoqué chez l'enfant par l'injection d'acétate et de propionate de testostérone (*Société de Pédiatrie de Paris*, 19 janvier 1937).

on ne peut parler d'infantilisme, par des injections bihebdomadaires. Ils ont constaté l'*augmentation de la longueur et du périmètre du pénis* : chez un garçon de dix ans, qui a reçu 330 milligrammes en six mois, la longueur est passée de 2 cm. 2 à 4 cm. 5, le périmètre de 4 centimètres à 7 centimètres (1). Ils ont observé l'*apparition des poils pubiens* dans deux cas : chez un garçon de huit ans et demi, après l'administration de 270 milligrammes en trois mois et demi, est apparue « une pilosité sus-pubienne formée de poils pigmentés de 2 à 3 centimètres de longueur et confluents. Par contre, les testicules n'ont pas présenté de modifications appréciables ou parfois ont présenté une légère diminution de volume. »

Comme je l'ai fait remarquer (2), l'emploi de la testostérone avant que le garçon ait dépassé l'âge de la puberté n'est pas recommandable. Il risque de troubler profondément l'organisme et le psychisme. « On doit même reconnaître, écrit H. Simonnet (3), que l'administration trop prolongée d'hormones sexuelles ou en quantité trop élevée peut causer dans la glande correspondante des lésions dont l'expérimentation a révélé l'intensité et la gravité. »

Par contre, la testostérone est formellement indiquée quand un garçon, ayant atteint ou dépassé l'âge où sa puberté aurait dû normalement s'achever, reste un *infantile*. Je traite avec S.-B. Briskas, depuis l'âge de vingt et un ans, un élève d'une grande école resté infantile, ou plus exactement juvénile, par dysplasie ou atrophie des testicules : en quelques mois, la pilosité pubienne et axillaire s'est formée, les organes génitaux ont grossi, l'instinct sexuel s'est développé, des érections et des pollutions sont survenues ; d'autre part, la fatigabilité a disparu, le travail intellectuel est devenu plus facile et plus fructueux, l'intelligence a mûri.

Opothérapie ovarienne. — L'« infantilisme d'origine ovarienne » est une « indication évidente » de la thérapeutique par la **folliculine,** écrit H. Simonnet (4).

Expérimentalement, chez la femelle impubère et chez la femelle castrée avant la puberté, l'injection d'une dose convenable fait apparaître, après quarante-huit heures, les manifestations typiques de la phase folliculaire du cycle œstral : tuméfaction de la vulve, réaction œstrogène d'Allen et Doisy, consistant dans la multiplication et la kératinisation des cellules épithéliales du tractus génital, augmentation rapide du volume de l'utérus. La répétition des injections fait apparaître les caractères sexuels secondaires. « Une femelle castrée qui reçoit de la folliculine en quantité convenable, et suivant un rythme approprié, cesse d'être fonctionnellement castrée. » (P. Sainton, H. Simonnet, L. Brouha).

Chez les filles présentant des *aménorrhées* primaires liées à une *hypoplasie génitale* « une action folliculinique, intense et prolongée : 500 à 2.000 U. I. (5) par semaine » (H. Simonnet) provoque le développement des voies génitales et l'apparition des menstruations.

Chez les *infantiles par anorchidie* ou *par anovarie*, que celles-ci soient la conséquence d'une castration, d'une aplasie ou d'une atrophie des glandes, l'opothérapie testiculaire ou ovarienne a une *action substitutive ;* elle remplace momentanément les sécrétions endocrines absentes. Elle n'a donc qu'une action transitoire et doit être continuée indéfiniment ; si on l'interrompt trop longtemps, ses effets cessent de se faire sentir. D'autre part, elle ne peut provoquer l'apparition de la fonction de génération : même alors qu'ils ont perdu l'aspect infantile, les sujets restent stériles.

A l'opothérapie, on peut substituer la greffe ou plus exactement la transplantation soit des *testicules*, soit des *ovaires*. J'ignore si ce traitement a été réalisé et a donné des résultats chez les infantiles dont je m'occupe.

(1) D'après les auteurs, les dimensions moyennes du pénis sont :

	9 ans	10 ans	11 ans
Longueur.....	5 cm. 4	5 cm. 1	5 cm. 5
Périmètre.....	5	5 cm. 2	5 cm. 4

(2) Nobécourt (P.). *Société de Pédiatrie de Paris*, 19 janvier 1937.

(3) Simonnet (H.). Des hormones sexuelles pendant la période de puberté, *in* Laroche (Guy). *La puberté. Etude clinique et physio-pathologique*. Masson et Cie, Paris, 1938.

(4) Simonnet (Henri). *Le rôle de l'hormone folliculaire en physiologie normale et pathologique. Etude expérimentale, clinique et thérapeutique. (Thèse de Paris*, 1936.) Masson et Cie.

(5) *L'unité internationale* est la plus petite quantité de la préparation, ayant la même activité que 0,17 (0.000.001 gramme) d'une préparation étalon fixée par la Société des Nations.

VARIÉTÉS

Les animaux au service de la science

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Longtemps, les animaux n'ont été qu'au service de la poésie. Qui ne se rappelle les *Géorgiques* de Virgile et leurs étranges conceptions de la vie : les juments fécondées par le vent (III, 275), les morsures venimeuses des couleuvres (III, 418), la génération spontanée des abeilles (IV, 281) ? Qui n'a lu, de La Fontaine, *La Cigale et la Fourmi, Le Corbeau et le Renard, La Grenouille qui veut se faire aussi grosse que le Bœuf, Les Frelons et les Mouches à miel, La Goutte et l'Araignée?* Aujourd'hui, nous apprend le prof. L. Binet, ils sont au service de la science (1) et, souvent aussi, de la médecine.

Voyez, par exemple, les abeilles. Ce sont des chimistes sans égales qui peuvent élaborer une cire, transformer en miel le nectar des fleurs et sécréter un venin si actif que, plus d'une fois, on l'a utilisé en thérapeutique. Ajoutons qu' « il y a en elles une parcelle de la divine intelligence » (2) : ne communiquent-elles pas entre elles par la vue, par l'odorat, et, peut-être encore, par d'autres procédés (3) ?

La fourmi n'est pas prêteuse. C'est vrai. Mais que d'autres qualités ! N'est-elle pas, tour à tour, ouvrière, guerrière, infirmière, voire assistante sociale ? N'est-elle pas aidée, dans ses actions, par une mémoire que pourraient lui envier bien des humains ?

Décapitée, la sauterelle réagit sans fin aux excitations extérieures. N'est-ce point parce que ses centres nerveux supérieurs sont capables d'exercer sur la moelle une puissante action inhibitrice ? Les criquets possèdent un pigment rouge qui n'apparaît, comme chez le *cadinal des mers*, que sous l'action de la chaleur.

L'araignée a été bien maltraitée par les auteurs. Et pourtant, c'est une mère incomparable. Raison de plus, pour les savants, qui ne respectent rien, pour fouiller dans la profondeur de ses tissus. Qu'y ont-ils découvert ? Une cellule digestive « multivalente », qui, à elle seule, sépare les produits assimilables de ceux qui ne le sont pas.

Pourquoi l'écrevisse est-elle droitière ? Est-ce parce qu'elle a jadis été atteinte d'hémiplégie infantile gauche ? Pourquoi saitelle, d'emblée, marcher à reculons ? Et pourquoi est-elle capable de mettre en réserve de l'oxygène qu'elle peut ensuite restituer au « milieu » ?

Saviez-vous que, lorsqu'on se sert d'elle pour effectuer une saignée locale, la sangsue donne autant qu'elle reçoit, puisque la substance anticoagulante qu'elle sécrète se retrouve dans le sang du patient et que certains de ses muscles servent tant à déceler qu'à doser l'acétylcholine ?

Et Jeannot lapin ? Longtemps, il n'a servi qu'à la préparation des gibelottes. Pouvait-on se douter que, soumis aux injections d'extrait d'ammanite, il succomberait au milieu de convulsions, précédées d'apathie ? N'est-ce point là un effet de l'hypoglycémie ? En faveur de cette hypothèse, deux arguments : diminution manifeste du glucose sanguin, amélioration, et même guérison, par l'administration de glucose.

Penchons-nous maintenant sur le têtard. Sa croissance dépend de bien des facteurs, les uns externes, les autres internes, parmi lesquels, d'une part, des facteurs endocriniens, de l'autre, un centre cérébral particulier.

Imprudentes grenouilles ! Elles demandaient un roi. En guise de réponse, on les dissèque pour étudier leur épithélium alvéo-

(1) L. Binet. Les animaux au service de la science. Paris, 1940, in-18, 196 pages.

(2) Virgile. *Géorgiques*, IV, 220.

(3) Julien Françon. Le langage des abeilles. *Revue des Deux-Mondes*, 15 juin 1938, pp. 885-904.

laire, on leur prend du sang pour analyser sa lipodiérèse, on provoque, chez elles, un réflexe d'inhibition cardiaque en insufflant à bloc leurs lobules pulmonaires, on les écorche pour provoquer des perturbations du rythme respiratoire.

Les physiologistes ne dédaignent pas de mettre les poissons à sec. Est-ce en souvenir d'Alphonse Allais ? Nullement, mais pour examiner leurs réactions, dont la polyglobulie, et pour retarder leur mort par l'administration de caféine.

Jusqu'à ce jour, vous considériez les moineaux comme de simples débiles mentaux. Quelle erreur ! Leurs actes les montrent capables de « réflexion ». Et puis, gardons-leur de la reconnaissance, en nous rappelant que, grâce à leur sensibilité à l'oxyde de carbone, ils ont déjà sauvé bien des existences !

« D'un jardin à l'autre... les ramiers voletant se visitent » (A. Gide). Ils visitent aussi, pour leur malheur, les laboratoires, où ils ont servi pour maintes expériences, qu'il s'agisse de carence C, de fièvre chimique, de tests endocrinologiques, ou qu'avec Flourens, on leur extirpe le cerveau, pour voir les fonctions correspondantes se rétablir peu à peu.

Pami les poussins, il y a des chétifs, des infirmes, des monstres, ces monstres pouvant, d'ailleur, être reproduits par l'expérimentation. En maniant avec dextérité les hormones, on peut changer les mâles en femelles, ou encore obtenir de véritables « androgynes ».

Dans le difforme canard, que de sujets de « contemplations » : excitabilité excessive de son peumogastrique, influence de son hypophyse sur les glandes sexuelles, particularités de sa membrane interdigitale, « fabrication » d'acide urique par son foie, résistance à l'asphyxie comme au refroidissement, expliquées, l'une et l'autre, par des causes purement physiques !

Si c'est le chien qui a conduit Ch. Richet et P. Portier à une grande découverte, c'est le cobaye qui « sert de guide dans le dédale des phénomènes anaphylactiques » (Besredka), qui joue un si grand rôle en pathologie humaine (F. Widal), et spécialement dans le broncho-spasme qui est à la base de l'asthme. Et c'est en reprenant les expériences de Brown-Séquart que Ph. Pagniez et A. Plichet ont montré l'existence, chez cet animal, d'une épilepsie parasitaire.

Le rat n'intéresse pas moins le biologiste. Cet animal férece est parfaitement éducable. Il est doué de qualités affectives. Ajoutons qu'il n'offre que peu de résistance à l'insolation, qu'il présente, au moment de la plongée, de curieuses réactions d'adaptation, qu'il est un parfait sujet d'études pour la fièvre chimique, qu'il sert, en pathologie, à la différenciation des goîtres.

Le lapin sert, dans les laboratoires, à la répétition des expériences de Claude-Bernard et de Brown-Séquard sur les vaso-constricteurs et les vaso-dilatateurs. C'est en excitant les diverses parties de son sympathique qu'on libère ces médiateurs chimiques que sont la sympathine et l'acétylcholine. Et c'est, en utilisant son oreille, isolée et perfusée, qu'on arrive à doser l'adrénaline.

N'est-ce pas sur le collier de son chien que le spirituel Beaumarchais avait fait graver ces mots : « Beaumarchais m'appartient » ? Juste hommage rendu à sa fidélité et à son sens de la propriété ! Et pourtant, les biologistes n'ont pas craint de se livrer sur lui à d'innombrables expériences, dont la plus célèbre est celle qu'a réalisée Pavlow avec son « petit estomac ». Petit, soit, mais qui l'a conduit à une grande découverte, déjà soupçonnée par Descartes : celle des réflexes conditionnels !

Les fabulistes louent fort l'intelligence de « maître Renard ». Non sans raison, puisque les biologistes s'accordent à trouver qu'il excelle dans les associations d'idées. L'un d'entre eux, et non le moindre, n'a-t-il pas eu à souffrir de son esprit d'observation, de sa mémoire, de sa force de dissimulation, et aussi, hélas, de sa « kleptomanie » ?

« Leurs reins féconds sont pleins d'étincelles magiques »,

a dit le poète en parlant des chats. Et pourtant, privés d'estomac, ils perdent tous leurs moyens : plus d'appétit, plus de « grâces de sultane », plus d'étincelles ! Et pourquoi ? Parce que lorsqu'ils ont besoin d'absorber des aliments, certains centres thalamiques stimulent la musculature gastrique et provoquent ainsi la sensation de faim. Plus d'estomac, plus d'appétit !

Il y aurait encore beaucoup à dire sur le mouton et sur les moyens dont use cet animal pacifique pour mener une lutte implacable, ici, contre le froid, là, contre le chaud, l'hypertermie provoquant, chez lui, une chute de la réserve alcaline ; sur le porc, dont le premier cri a fait couler beaucoup d'encre chez les savants, et dont la ration alimentaire ne doit pas être trop riche en azote ; sur la vache, qui nous fournit l'aliment de nos tout-petits ; sur la chèvre, cette capitaliste, fière de ses quatre estomacs et de ses 19 millions d'hématies par millimètre cube. Que ceux de nos lecteurs que le sujet intéresse nous permettent de les renvoyer au beau livre du prof. L. Binet. Jamais, peut-être, n'a-t-il mieux justifié la profonde pensée d'un des maîtres de la physiologie moderne, à savoir que, seule « la physiologie comparée permet d'aborder les problèmes de la physiologie et de la pathologie des animaux supérieurs ».

LIVRES NOUVEAUX

Localisations viscérales et aspects chirurgicaux des Brucelloses, par R. Michel-Bechet, ancien interne des Hôpitaux de Paris, associé national de l'Académie de Chirurgie, avec la collaboration de R. Puig, ancien interne des Hôpitaux de Lyon, ancien chef de clinique à la Faculté, et de P. Charvet, ancien interne des Hôpitaux de Lyon, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté. Préface du professeur B. Cunéo. — Un volume de 168 pages, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris (6e).

Les *Brucelloses* qui semblaient, il y a quelques années, localisées dans la région méditerranéenne, où on les connaissait sous le nom de *Fièvre de Malte*, prennent une extension de plus en plus grande. Si nous nous limitons à la France, nous voyons que, d'après les dernières statistiques, la brucellose sévit dans près de 60 départements, et nombreux sont les pays étrangers où cette affection se manifeste. Chaque praticien est ainsi exposé à se trouver en face d'un cas de brucellose. Aussi le but de cet ouvrage est-il de faire connaître les notions essentielles concernant les brucelloses et d'exposer leurs localisations viscérales et leurs aspects chirurgicaux, ce qui constitue un chapitre nouveau.

Il faut en effet savoir que certains viscères : foie, voies biliaires, poumons, cœur, système nerveux (centres, méninges et nerfs périphériques) peuvent être atteints par la fièvre de Malte et que ces diverses localisations comportent une physionomie clinique et une évolution très spéciales soulevant d'intéressants problèmes au point de vue du diagnostic et du traitement.

La Première Partie de cet ouvrage est consacrée à des *généralités* concernant l'infection.

La Deuxième Partie aux *manifestations cliniques* de la septicémie brucellienne : début, période d'état, signes, évolution.

La Troisième Partie à la *localisation* de la Brucellose relevant du cadre de la pathologie médicale. Complications hépatiques, complications nerveuses, complications respiratoires, complications circulatoires ou rénales et formes associées.

La Quatrième Partie aux *aspects chirurgicaux.*

Les *eschares de la région faciale*, si caractéristiques par leur localisation, que celle-ci suffit au praticien averti pour formuler un diagnostic, cette lésion peut gagner en profondeur, ulcérer l'artère faciale et exiger des indications opératoires délicates.

Les *ostéo-périostites brucelliennes*, qui déterminent de préférence une lésion ostéo-périostique qui se traduit par une réaction plasmocytaire intense pouvant faire penser à tort à une tumeur dans le cas où une biopsie serait mal interprétée.

Les *ostéo-arthrites*, les *coxites brucelliennes*, les *spondylites.*

Cette physionomie si particulière des lésions ostéo-articulaires des brucelloses, le fait qu'elles peuvent se présenter soit avec une évolution aiguë, soit avec une allure chronique, laissent prévoir les difficultés de diagnostic d'une affection qui peut aussi bien simuler une ostéo-myélite aiguë qu'une tuberculose torpide.

Fort heureusement les moyens de diagnostic ne font pas défaut : séro-diagnostic, intra-dermo-réaction à la mélitine, hémoculture et éventuellement examen bactériologique d'un exsudat prélevé par ponction. C'est l'objet de la Cinquième Partie consacrée au pronostic, au diagnostic et au traitement.

La sédimentation sanguine en pratique médicale courante, par Jean Barbier, médecin des hôpitaux de Lyon, et Gabriel Piquet, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Préface du professeur Froment. Un volume de 140 pages avec 22 figures (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications*, n° 27). Prix : 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'étude clinique de la sédimentation sanguine, qui consiste à observer la vitesse de chute des globules rouges dans un sang rendu incoagulable, est une méthode trop peu appliquée en France.

Les auteurs ont eu le mérite de mettre sur pied une technique rapide qui transpose la méthode sur le plan de la médecine courante et dans le temps d'un examen clinique.

Appliquant, grâce à ce procédé, leurs recherches à tous leurs malades d'hôpital et de pratique civile, puis militaire, ils ont pu multiplier les examens et c'est le résultat de milliers de sédimentations qu'ils nous apportent en précisant nettement l'intérêt théorique de la méthode dans toute une série d'affections. Ils classent leurs résultats dans de grands chapitres qui déjà les annoncent : indications majeures, échecs, indications mineures.

Si nous ne retenons que les indications majeures, nous devons reconnaître avec eux que la sédimentation devient un examen indispensable dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire, dans la surveillance des syphilitiques, dans le diagnostic et le traitement du rhumatisme articulaire aigu et dans le diagnostic différentiel des rhumatismes chroniques.

Il s'agit, en outre, d'une méthode susceptible de rendre des services dans le dépistage des simulateurs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 21 octobre 1941

Notice. — M. Harvier donne lecture d'une émouvante et très belle notice consacrée à M. F. Rathery, membre titulaire, récemment décédé.

Rapport. — M. Goris au nom de la commission du rationnement des produits pharmaceutiques étudie cette importante question.

Dans un rapport présenté le 29 avril 1941, M. Goris avait exposé devant l'Académie, la situation de notre ravitaillement en produits pharmaceutiques. La commission, depuis, n'a cessé d'étudier le développement des faits et M. Goris présente aujourd'hui un nouveau rapport qui doit permettre à l'Académie, aux praticiens et même au public, de juger la situation du pays à ce point de vue au début de l'hiver.

M. Goris reconnaît que le Comité d'organisation des Industries et du Commerce des Produits pharmaceutiques a fait de grands efforts pour remédier à l'actuelle disette des produits et pour les répartir de manière équitable. Cette disette n'en reste pas moins inquiétante et ne cesse de s'aggraver en ce qui touche certains produits. On ne saurait citer tous les médicaments qui sont devenus rares ou qui font totalement défaut. Il faut pourtant mentionner particulièrement la caféine, la théobromine, les sels de bismuth, l'iode et les iodures, le camphre, l'acide borique et ses dérivés, la vaseline, la quinine, l'opium et ses alcaloïdes, la glycérine, la lanoline, l'huile de foie de morue, l'amidon, le glucose, la farine de moutarde, le lactose, les acides tartrique et citrique, l'insuline, les produits opothérapiques, enfin de nombreux alcaloïdes et maints produits chimiques ou végétaux qui nous venaient pour la plupart de l'étranger.

Conclusions : La commission demande que certains produits nécessaires en thérapeutique mais pouvant servir à d'autres usages, tels que la farine de moutarde, le marron d'Inde, le petit lait, soient réservés par priorité pour la préparation des médicaments et, s'il le faut, réquisitionnés.

La commission propose également à l'Académie de publier un tableau des produits qui risquent de faire ainsi plus ou moins complètement défaut et de signaler les substances ayant quelque valeur de remplacement.

Enfin, la commission estime que le texte du rapport doit être l'objet d'une large diffusion qui le portera à la connaissance du plus grand nombre possible de médecins et de pharmaciens.

Ces conclusions sont adoptées par l'Académie sous la forme d'un vœu qui en reproduit le texte.

I. — Liste des produits déficients et produits de remplacement :

Emploi	Produits qui manquent totalement ou qui sont de remplacement difficile	Cause du déficit	Produits de remplacement
Lubrifiants	Vaseline, Axonge	Manquent presque totalement	Stéarate d'éthanoléine Stéarate d'éthylène glycol
Anesthésiques locaux	Cocaïne	Ne se fait plus	Novocaïne, stovaïne et produits analogues
Antiseptiques locaux	Iode	Produit existant en quantité limitée	Sulfate d'orthoxyquinoléine Oxymercuri dibromofluorescéine
Révulsifs	Moutarde	N'arrive plus sur le marché	Térébenthine, ventouses
Hémostatiques	Ergot de seigle	»	Adrénaline, bourse à pasteur
Pansements gastriques	Bismuth	»	Kaolin, alumine
Amers	Colombo, noix vomique	»	Gentiane, quassia
Astringents anti-diarrhéiques	Cachou, tanin, ratanhia	»	Salicaire, châtaignier, bistorte
Purgatifs, laxatifs	Jalap, scammonée, cascara podophylle, séné	»	Bourdaine, bryone, coloquinte mercuriale
Vaso-constricteurs	Hamamelis, hydrastis	»	Cupressus, marron d'Inde
Antiseptiques pulmonaires	Eucalyptol, créosote	»	Goménol
Expectorants	Grindelia, polygala	»	Lierre terrestre, aunée, marrube
Fébrifuges	Quinquina	»	Gentiane stabilisée antipyrine et succédanées
Nervins	Passiflore	»	Valériane
Tonicardiaques	Caféine, strophantus	Ne se fait qu'en petite quantité	Spartéine, muguet, adonis digitaline, ouabaïne (injectable)
Cholagogues et cholérétiques	Combretum, boldo	Manquent presque totalement	Genévrier, romarin, artichaut pissenlit
Sédatifs généraux	Codéine, alcal. de l'opium	Produits existant en quantité limitée	Narcéine
Diurétiques	Théobromine, buchu	N'arrivent plus sur le marché	Scille, genêt, uva ursi
Hypotenseurs	Pilocarpine, ésérine	»	Gui, ail, acétylcholine
Dépuratifs	Salsepareille	»	Saponaire
Sédatifs utérins	Viburnum, piscidia	»	Séneçon, marron d'Inde valériane
Galctogogue	Gossypium	»	Galega, fenouil

II. — Liste des médicaments rares et a ménager :

1° *Alcaloïdes ne se fabriquant plus faute de matières premières et pour lesquels on utilise les provisions existant couramment en pharmacie, jusqu'à épuisement* : Aconitine, atropine, cocaïne, émétine, lobéline, pilocarpine, scopolamine, strychnine, théophylline, yohimbine ; et pour l'usage vétérinaire : aéroline, vératrine.

2° *Matières premières n'arrivant plus sur le marché des drogues* : Agar-agar, aloès, baume du Pérou, baume de tolu, boldo, buchu, cannelle, cascara, coca, ergot de seigle, fève de Saint-Ignace, fève de Calabar, graine de lin, gommes, hamamelis, hydrastis, ipéca, jalap, lobélie, noix vomique, podophylle, polygala, ratanhia, scammonée, rhubarbe, séné.

3° *Produits chimiques fortement contingentés* : Iodures, sels d'argent cristallisés et colloïdaux, sels de zinc, de mercure, de cuivre, de calcium, de magnésium, acides minéraux (acide phosphorique), soufre, tanin, produits obtenus à partir des dérivés de la houille, solvants organiques.

4° *Produits opothérapiques, tous très rares, y compris l'insuline.*

Etude d'un chlorome transplantable chez le rat. — MM. Roussy et Guérin ont étudié, chez le rat, une tumeur transplantable du type de chlorome. Il s'agit de ces tumeurs qui, souvent, sont encore désignées, en France, sous le nom de « cancer vert d'Aran » en raison de leur teinte particulière.

Le chlorome étudié par MM. Roussy et Guérin a été transplanté sous la peau, au cours de cinq passages, à 350 rats environ. Il a donné naissance à une quarantaine de tumeurs ; celles-ci, formées de myéloblastes plus ou moins atypiques, se sont montrées particulièrement malignes avec tendance marquée aux métastases viscérales et ganglionnaires. La tumeur primitive était apparue, chez le rat, à la suite d'inoculation de fragments de tissu leucémique.

La nature du pigment étudiée aux radiations ultra-violettes et au spectroscope semble bien être en partie, mais non en totalité, de la porphyrine.

Quant aux rapports entre le chlorome et les leucémies, les auteurs insistent sur le fait qu'ils ont observé, au cours des transplantations, tantôt des chloromes isolés, tantôt des tumeurs avec

métastases multiples, tantôt des chloromes associés à des leucémies. Cette constatation est importante du point de vue doctrinal. Elle montre qu'on ne peut plus opposer, aujourd'hui, comme le prétendent encore certains auteurs, les leucémies, affections de système, aux tumeurs des tissus hématopoiétiques, néoformations localisées. Les tumeurs du type chlorome provenant des tissus leucémiques chez le rat, ont donné naissance, dans les expériences de MM. Roussy et Guérin, à des leucémies secondaires à la formation des tumeurs.

Effets de la vitaminothérapie dans un cas de confusion mentale grave avec lésions cutanées. — MM. Laignel-Lavastine, Durand et Neveu.

Sur le mécanisme d'ouverture de la symphyse pubienne en fin de grossesse chez le cobaye. — M. Courrier.

Séance du 28 octobre 1941

Au sujet des confitures. — M. Martel revient sur la question des confitures discutée dans la séance du 14 octobre. Il demande : 1° qu'on définisse, enfin, les produits vendus sous le nom de confiture, marmelade, jus de fruits, mélange de fruits, etc ; 2° que les fabricants fassent connaître la composition exacte des produits mis en vente, ainsi que leur teneur en antiseptiques ; 3° qu'un contrôle sévère soit exercé pour écarter les succédanés sans valeur nutritive ; 4° enfin, que les pharmaciens ne soient pas autorisés à délivrer des antiseptiques pour conserves sans une ordonnance médicale.

L'Académie adopte le vœu ainsi formulé.

La clinique de la première enfance aux Enfants-Assistés (Clinique Parrot de 1928 à 1941). — M. P. Lereboullet expose les transformations progressives subies dans le service de l'hospice des Enfants-Assistés qui fut, jadis, celui de Parrot et qui est devenu, depuis l'arrivée du professeur Marfan, en 1920, la Clinique de la Première enfance à la Faculté.

Au moment où M. Lereboullet qui lui a succédé, prend sa retraite, il peut, avec un légitime orgueil, exposer les beaux résultats obtenus. C'est l'hygiène du premier âge systématiquement recherchée, qui l'a aidé à avoir des résultats significatifs en pathologie du premier âge. La Clinique des Enfants-Assistés est ainsi devenue un foyer vivant de puériculture et de pédiatrie du premier âge, d'une part, par les enseignements de tout ordre qui y ont été donnés, d'autre part, par les soins aux nourrissons qui ont permis de mettre en évidence l'importance capitale de mesures d'hygiène simples, mais exactement suivies dans la lutte contre la morbidité et la mortalité des tout petits.

La fréquence actuelle des granulies. — MM. Fiessinger, Leroux, Fauvet ont observé, pendant le premier semestre de 1941, onze cas de tuberculose granulique (contre un cas pendant la même période en 1938). Sur ces onze cas, sept concernent des sujets de 40 à 60 ans ; ils ont été remarquables par leur latence et la longueur de l'évolution (plus de 2 mois en moyenne). Cette augmentation de fréquence semble due avant tout aux restrictions alimentaires.

Application de la tension superficielle des complexes barbituriques, sulfate de strychnine. — M. G.-P. Arcay et M. Marcot (de Besançon).

La valeur économique et sanitaire des serpents. — Mme Phisalix insiste sur le rôle que jouent les serpents dans la destruction des rongeurs déprédateurs et vecteurs de germes. Elle signale, en passant, la parfaite comestibilité de la chair des serpents, ce qui n'est d'ailleurs pas à souhaiter les serpents jouant un rôle plus utile comme « dératiseurs » que comme aliments.

Etude expérimentale comparée de l'action sur l'organisme du thé noir et du thé vert, en décoction ou en infusion. — M. Edmond Sergent (d'Alger).

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

Séance du 7 octobre 1941

Compte rendu des travaux de l'année écoulée. — M. Dally.

Gaz. — M. Dally signale que dans la circulaire ministérielle relative au contrôle de la consommation du gaz et de l'électricité, les besoins particuliers des sanitaires n'ont pas été envisagés.

Dépistage de la tuberculose. — M. Jullien.

Séance du 14 octobre 1941

Organisation nouvelle de la pharmacie. — M. Alexandre expose et commente le texte de la nouvelle loi.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

LA STRYCHNOTHERAPIE INTENSIVE

Dans les intoxications barbituriques et alcooliques, l'emploi de la strychnine à hautes doses, par voie veineuse ou sous-cutanée, s'impose depuis que de récents et nombreux travaux en ont précisé les conditions d'application.

Il existait, quant à la strychnine injectable à fort dosage, une lacune dans l'arsenal thérapeutique des produits spécialisés, lacune que les Laboratoires Houdé ont été autorisés à combler (*B. O. des Services des Prix*, 18 juil. 1941) en présentant au Corps Médical la *strychnine Houdé injectable* pour *strychnothérapie intensive* sous les formes suivantes :

Solution stérilisée de sulfate de strychnine pur à 0,25 % (2 milligr. 5 par cm³) dans le soluté de chlorure de sodium isotonique en deux modèles d'ampoules permettant de faire varier les doses au cours du traitement :

1° Ampoules de 4 cm³ (10 milligr. de sulfate de strychnine) en coffret (I) contenant 15 ampoules, au total 150 milligr. de sulfate de strychnine ;

2° Ampoules de 2 cm³ (5 milligr. de sulfate de strychnine) en coffret (II) contenant 20 ampoules, au total 100 milligr. de sulfate de strychnine.

Comme il s'agit d'une thérapie à champ d'application restreint et nettement défini et non susceptible d'être expérimentée à loisir (contrairement à leurs produits habituels), les Laboratoires Houdé n'ont pas cru devoir créer de « modèle échantillon médical ». Ils adresseront séparément la notice détaillée qui accompagne chaque coffret (indications et posologie) à tout médecin qui voudra bien leur en faire la demande.

En cas de non-approvisionnement du pharmacien, adresser les commandes urgentes, avec confirmation écrite, aux :

Laboratoires Houdé, 9, rue Dieu, Paris (10e). Tél. Nord : 40-58. Adr. tél. : Granuloudé-Paris.

Zone non occupée : 25, rue Victor-Hugo, Issoudun (Indre).

THÈSES DE PROVINCE (1)

THESES DE MEDECINE DE LYON

Année scolaire 1939-1940

Doctorat d'Etat : 207, numérotées de 1 à 207 inclus ; doctorat d'Université : 29, numérotées de 525 à 553 inclus. Au total : 236 noms.

141. — Achiary. — *Résultat éloigné après 25 ans d'une résection primitive de l'extrémité inférieure du tibia pour plaie de guerre* (32 p., fig.).

206. — Allirot. — *Syndromes abdominaux aigus et adénites mésentériques* (44 p.).

U. 528. — Alperowicz. — *Contribution à l'étude de l'action thérapeutique des sulfamides en particulier dans l'endocardite infectieuse.*

U. 551. — Al-Yahya. — *Traitement et prophylaxie du paludisme par les médicaments synthétiques* (56 p.).

U. 527. — Arzt. — *La maladie de Banti chez l'enfant.*

122. — Auger. — *De l'instrumentation nécessaire dans l'ostéosynthèse des fractures spiroïdes de jambe* (52 p., fig.).

54. — Barbier (Mme), née Bruley. — *Des récidives de l'érythème noueux.*

73. — Barnola. — *Essai sur le traitement de la mélancolie par l'hématoporphyrine.*

183. — Barrié. — *Causes de mort et constatations anatomo-pathologiques dans la fièvre ondulante.* (Travail du Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Lyon.) [59 p., pl.].

79. — Barrière. — *Contribution à l'étude des pleurésies tuberculeuses primitives. Leur place dans le cycle de l'infection tuberculeuse. D'après vingt observations.*

78. — Barrut. — *Des manifestations pleurales adhésives au cours de la primo-infection.*

134. — Benoist. — *Les tumeurs bénignes de la bronche souche* (32 p.).

135. — Béraud. — *A propos des infiltrations fugaces non tuberculeuses. Les images annulaires de résorption* (63 p., pl.).

110. — Béretta. — *Traitement chirurgical des évidements radiologiques du sommet du poumon* (99 p., pl.).

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 1941 : Marseille nos 63-64, Montpellier nos 69-70, Hanoï nos 71-72, Nancy nos 73-74, Bordeaux nos 77-78, Strasbourg nos 79-80, Toulouse nos 81-82.

152. — Berger. — *Premiers résultats cliniques obtenus dans le traitement de la blennorragie masculine aiguë avec le 2-(p-) amino-benzène-sulfamido)-thiazol ou sulfathiazol ou 2090 R. P.* (Travail d'un Centre technique régional de dermato-vénéréologie.) [56 p.].

34. — Berthail. — *Le rhumatisme chronique d'origine barbiturique.*

106. — Berthaud. — *Contribution à l'étude de la forme hémorragique du pemphigus aigu fébrile grave de Nodet* (59 p.).

197. — Bertoye. — *Les pyléphlébites aiguës au cours des splénomégalies chroniques* (80 p.).

186. — Bertrand. — *Contribution à l'étude des hémorragies trachéales chez les tuberculeux fibreux* (40 p., fig.).

163. — Bétrom. — *Contribution à l'étude de la forme fongueuse de la tuberculose cutanée dans ses localisations en dehors des régions ano-génitales.* (Travail du Service de dermatologie du Dr L.-M. Bonnet.) [88 p.].

187. — Boileau. — *L'école vénéréologique du Val-de-Grâce, 1814-1841* (75 p.).

143. — Bouhama. — *Contribution à l'étude des néphrites infectieuses d'origine bucco-dentaire* (48 p.).

101. — Bourdillon. — *L'infiltration lombaire et la sympathectomie dans le traitement des pieds gelés* (49 p., graph.).

204. — Bourdongle. — *A propos de deux cas de hernies congénitales transdiaphragmatiques de l'estomac* (55 p., fig.).

96. — Bourget. — *L'endocardite infectieuse terminale au cours des endocardites rhumatismales anciennes* (48 p.).

U. 545. — Boutros. — *Les hépatites amibiennes et leur traitement* (38 p.).

179. — Briand. — *Les risques éloignés de la cholécystogastrostomie. A propos de 42 observations lyonnaises suivies plus d'un an* (52 p.).

102. — Buck. — *Le traitement des pieds gelés par les infiltrations anesthésiques du sympathique lombaire* (87 p., graph., pl.).

109. — Burnier (Mme) née Moret. — *Néphrite chronique azotémique symptomatique d'une hydronéphrose bilatérale idiopathique non infectée* (48 p.).

6. — Cadoz. — *Formes algiques pures des compressions des nerfs de la queue de cheval.*

149. — Calot. — *Les formes osseuses métastatiques du cancer latent de l'estomac* (44 p.).

160. — Camou. — *Traitement des cervicites chroniques par le chloroforme iodé* (35 p.).

124. — Caron. — *Technique de l'ostéosynthèse des fractures spiroïdes de jambe (fractures fermées)* [40 p.].

17. — Carraud. — *Contribution à l'étude des formes larvées de l'acrodymie infantile. L'acrodymie à début abdominal douloureux.*

U. 548. — Chaar. — *Considérations sur les manifestations et les séquelles des traumatismes craniens (essai de concordance anatomo-clinique)* [88 p., pl.].

168. — Chambon. — *A propos de deux observations de syphilis cutanée tertiaire épithelioматоïde* (Travail d'un Centre technique de dermato-vénéréologie de région.) [31 p.].

41. — Chastel. — *Signification de la vitesse de sédimentation au cours des tuberculoses osseuses et ostéoarticulaires.*

21. — Chauviré. — *Contribution à l'étude des algies faciales. Etude de quelques formes d'origine dentaire.*

U. 536. — Choucry. — *Contribution à l'étude de la maladie de Bouillaud à caractère familial* (68 p.).

207. — Clermont (Mlle). — *Contribution à l'étude de la formule sanguine des asthmatiques* (68 p.).

128. — Clert. — *Contribution à l'étude du traitement chirurgical précoce des plaies de poitrine* (96 p.).

48. — Colomb. — *Contribution à l'étude pharmacologique de la mescaline.*

139. — Colonna. — *Paralysies oculaires en relation avec les plaies pénétrantes de l'orbite par instruments piquants.* (Travail de la clinique ophtalmologique du Prof. P. Bonnet.) [75 p.].

131. — Comat. — *Le type pseudo-palustre de la méningococcémie de l'enfant* (60 p.).

64. — Coppéré. — *Contribution à l'étude des parotidites du post-partum.*

71. — Cosar. — *Contribution à l'étude de la métallothérapie des néoplasmes.*

39. — Coslin. — *Contribution à l'étude des plaies du cœur dans la pratique civile.*

70. — Coze. — *Les abcès cérébraux. Complication des sinusites infectieuses de la face.*

169. — Cugnenc. — *Sur un cas de tétanie spontanée de l'adulte* (53 p.).

11. — Cuny. — *Etude en lumière de Wood des réactions cutanées produites par la radiothérapie.* (Travail du Laboratoire de physique biologique et du Centre anticancéreux de Lyon.)

28. — Cusset. — *Essai sur les « psychoses de mobilisation ».*
43. — Dalban. — *Essai sur la détection psychologique appliquée à la formation professionnelle des tuberculeux pulmonaires.*
53. — Dame. — *Organisation de la transfusion sanguine dans un secteur départemental hospitalier de la zone des armées.*
115. — Dameron. — *Quelques emplois du mercurochrome intra-artériel* (32 p.).
U. 534. — Davidovici. — *Statistique de 184 thoracoplasties pratiquées à Sancellemoz (Passy) entre 1929 et 1939* (79 p.).
159. — Denoyel (Mme) née Chantemesse. — *Contribution à l'étude des phlébites post-opératoires* (64 p.).
91. — Déplan. — *A propos du traitement des occlusions intestinales post-opératoires précoces* (44 p.).
170. — Devineau. — *A propos de deux cas de cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten* (60 p.).
98. — Dochier. — *A propos d'un cas de fissuration spontanée et symétrique des os (syndrome de Milkman).* [48 p., pl.]
19. — Dollet. — *L'ictère nucléaire du nouveau-né.*

(*A suivre.*)

Nécrologie

LE Dr FELIX LOBLIGEOIS

1874-1941

Félix Lobligeois vient de mourir à l'hôpital Marmottan où il avait subi l'amputation de son deuxième bras. On sait que le maréchal Pétain lui avait adressé, il y a quelques jours, un message personnel en lui faisant remettre la plaque de Grand Officier de la Légion d'honneur.

Depuis vingt ans, Lobligeois, héroïque victime du devoir professionnel, avait supporté stoïquement les atteintes incessantes d'une radiodermite contractée dans son service d'électro-radiologie des hôpitaux. Il l'avait fait avec un courage admirable. Il ne se plaignait jamais. Sa modestie et ses convictions profondes lui faisaient trouver tout simple le sacrifice qu'il avait fait de sa personne aux malades de sa chère ville de Paris.

Car Lobligeois était un vrai Parisien, de Paris. Son père était un médecin estimé qui exerçait dans le quartier Saint-Lazare. Par sa mère, il avait de hautes attaches universitaires. N'était-il pas le petit-fils d'un illustre doyen de la Faculté de Droit : Colmet d'Aage, et le neveu du doyen Glasson ?

Dès le début de ses études médicales, Lobligeois, qui avait déjà une haute culture et se montrait passionné pour la recherche, est attiré par la radiologie alors naissante. En 1908, il est nommé électroradiologiste des hôpitaux et chef de service à l'hôpital Bretonneau où il reste jusqu'à sa retraite en 1937. Pendant la guerre 1914-18, Lobligeois dirigea aux armées une formation de radiologie. D'autres, plus qualifiés, diront ce que lui doit la radiologie. Les postes de président de la Société d'Electro-Radiologie, de la Société Française d'Electrothérapie, de la Société de Médecine de Paris, montrent en quelle estime le tenaient ses confrères.

La confiance qu'il inspirait à ses confrères était partagée par ses concitoyens. Pendant plus de vingt ans, Félix Lobligeois a représenté le quartier des Batignolles à l'Hôtel de Ville. Il fut vice-président du Conseil municipal. Le souvenir de notre confrère reste attaché à toutes les œuvres d'assistance qui dépendent de la ville. Il s'y consacra avec ferveur. En toutes circonstances, Lobligeois faisait d'ailleurs son devoir, rigoureusement, courageusement, comme il le fit le soir du 6 février 1936 où ce grand mutilé compta au nombre des blessés.

Le nom de Lobligeois restera vénéré dans la cité ; ses confrères, en particulier, conserveront le précieux souvenir de l'ami incomparable qu'il fut pour eux. Avec une infinie tristesse nous nous inclinons devant sa mémoire.

F. L. S.

On annonce le décès de MM. les Docteurs :
Colrat (de Lyon).
Armandon (de Lamastre).
Aigrot (de Lons-le-Saunier).
Rodet (A.-J.), professeur honoraire à la Faculté de Montpellier.
R.-P. Gallé, à Bordeaux.

Nous apprenons la mort de M. Pierre Eury, brigadier au 4e rég. d'automitrailleuses, tombé glorieusement, le 16 mai 1940. Il a reçu, à titre posthume, la Médaille militaire et la Croix de guerre avec palme, ainsi qu'une magnifique citation.

Nous adressons l'expression de notre très profonde sympathie à son père, M. J. Eury, directeur des Laboratoires Mauchant, à Gennevilliers.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 89-90. — 5-8 NOVEMBRE 1941 114e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — CONCOURS DU CLINICAT (*suite*). — Viennent d'être proposés pour les cliniques : Oto-rhino-laryngologique, hôpital temporaire Piccini : MM. Bretton et Clerc; Urologique de l'hôpital Cochin : MM. Bouteau et Pertus ; Gynécologique Broca : MM. Mazingarbe et Orsoni ; Chaire d'hygiène et de clinique de la Première Enfance, Enfants-Assistés : MM. Gerbeaux, L'Hirondel et Clerc. M. Walther (à titre étranger).

LEÇON INAUGURALE. — M. le Prof. Harvier fera sa leçon inaugurale à l'amphithéâtre Dieulafoy, le mercredi 12 novembre 1941, à 10 h. 30.

Faculté de Médecine de Toulouse. — Sont chargés de cours : MM. Cadenat, stomatologie ; Calvet, oto-rhino-laryngologie ; Jacques Fabre, parasitologie ; Bonhoure, dermatologie ; Bugnard, physique pharmaceutique ; Bouisset, microbiologie ; Andrieu, bactériologie ; Mlle Mathou, cryptogamie ; MM. Valdiguié, chimie minérale ; Vincent, chimie biologique ; Delas, zoologie ; Bouisset, législation pharmaceutique ; Vincent, chimie pathologique ; Caujolle, pharmacie ; L. Morel, clinique de la tuberculose ; Blanc, chimie analytique ; Louis Dambrin, pathologie chirurgicale ; Gadrat, médecine expérimentale.

Légion d'honneur. — SANTÉ. — *Commandeur* : M. Musin (Edmond), médecin radiologue à Amiens, avec le motif suivant : quarante-huit ans de services médicaux particulièrement remarqués. Praticien d'une grande valeur professionnelle et d'un dévouement à la science radiologique allant jusqu'au sacrifice total de sa santé. Atteint de radiodermite, a dû subir successivement l'amputation de la main, de l'avant-bras et, tout récemment, la désarticulation de l'épaule droite.

Chevalier : M. le Dr Jayle (Max-Fernand), professeur agrégé de chimie médicale, chef de laboratoire à l'école de puériculture de Paris, avec le motif suivant : biologiste éminent et brillant chercheur. A déjà fait dans le domaine médical des découvertes scientifiques de grande importance. Victime d'un grave accident de laboratoire, survenu au cours d'une expérience délicate, se trouve menacé de cécité totale.

(*J. O.*, 30 octobre 1941.)

Secrétariat Général à la Santé. — INSPECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. — Par décret du 28 octobre 1941, la date d'effet du décret du 24 septembre 1941, portant nomination de M. le Dr Aujaleu en qualité d'inspecteur général de la santé et de l'assistance est fixée au 17 septembre 1941. (*J. O.*, 30 octobre 1941.)

Hospitalisation des étrangers. — Le *Journal Officiel* du 30 octobre 1941 publie la loi du 25 septembre 1941 relative à l'hospitalisation des protégés français ou des étrangers, non bénéficiaires d'un traité de réciprocité, dans les hôpitaux psychiatriques et dans les sanatoriums.

Ministère de l'Intérieur. — MAIRES ET ADJOINTS DES ARRONDISSEMENT DE PARIS. — M. le Dr Coliez est nommé adjoint au maire du 4e arrondissement ; M. Boudy, chirurgien-dentiste est

nommé adjoint au maire du 6e arrondissement ; M. le Dr Aurousseau est nommé adjoint suppléant au maire du 9e arrondissement ; M. Toussaint, pharmacien, est nommé adjoint au maire du 12e arrondissement ; M. Emptoz, pharmacien, est nommé adjoint au maire du 16e arrondissement ; M. Krieger, pharmacien, est nommé adjoint au maire du 17e arrondissement.
(J. O., 2 octobre 1941.)

M. le Dr Jacques Aubry est nommé adjoint au maire de Blanc-Mesnil. (J. O., 7 octobre 1941.)

M. le Dr Maurice Bertrand a été nommé adjoint au maire de la ville de Tarbes. (J. O., 29 octobre 1941.)

Cours

Cours de séméiologie. — Par suite de l'organisation d'un cours de séméiologie élémentaire fait à l'usage des étudiants de 1re année, le cours d'embryologie de M. le Dr Giroud, agrégé, est remis à une date ultérieure, qui sera fixée prochainement.

Laboratoire de bactériologie. — Un cours complémentaire de bactériologie et d'immunologie aura lieu au Laboratoire de bactériologie pendant le premier trimestre 1942.

Il commencera le lundi 5 janvier, à 14 heures, continuera les mardis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, et cessera le 28 mars. Il s'adresse aux médecins, aux internes des hôpitaux, aux étudiants en fin de scolarité.

Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations au cours desquelles les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques et immunologiques, appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Cet enseignement sera complété par une série d'exposés et de démonstrations donnés par différents professeurs et par des visites de laboratoires.

Les droits pour cette série de travaux pratiques sont de 600 francs.

Le nombre des places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au laboratoire de bactériologie, les mardis, jeudis et samedis, de 14 à 16 heures, avant de retirer leur bulletin de versement.

Ces bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), tous les matins, de 10 heures à midi, et les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Cours de pharmacologie. — M. le Professeur Tiffeneau a commencé son cours le lundi 27 octobre, à 16 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet du cours : *Médicaments du système nerveux central.*

Cours de pathologie chirurgicale. — M. Sicard, agrégé, a commencé son cours de pathologie chirurgicale le mardi 4 novembre 1941, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : *Affections chirurgicales du membre supérieur.*

LIVRES NOUVEAUX

Hémorragie, Choc, Asphyxie, par Léon Binet, Professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine. Un volume de 128 pages avec 52 figures. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Le nouveau livre de M. le Professeur Léon Binet réunit un certain nombre de ses recherches sur divers symptômes de toute première urgence : *l'hémorragie suraiguë, le choc, l'asphyxie.*

Cet exposé expérimental et clinique, pathogénique et thérapeutique, intéressera, à la fois, le biologiste, le chirurgien et le médecin. A côté des tableaux condensant ses principales recherches, l'auteur a placé un résumé des techniques préconisées pour la thérapeutique de ces trois syndromes.

M. Binet apporte dans ce volume les qualités de clarté qui font le succès de son enseignement, c'est dire quel plaisir et quel fruit on tirera de la lecture de son nouvel ouvrage. L.

La tuberculo-pneumoconiose des houilleurs, par René Courtois, directeur du sanatorium de Marcinelle et du dispensaire antituberculeux de Charleroi. Préface du professeur Langelez. Un volume de 208 pages avec 84 figures. Prix : 75 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La question des pneumoconioses est d'actualité, dans tous les pays industriels du monde. C'est qu'en réalité le problème de la « Silicose » puisque aussi bien celle-ci est vraiment la seule pneumoconiose importante, a largement dépassé le cadre des préoccupations d'ordre purement scientifique, pour devenir économique et social.

L'auteur de ce livre est un clinicien et un phtisiologue. La documentation qu'il a pu recueillir dans des régions où il a observé un nombre considérable de houilleurs malades intéressera de très nombreux praticiens.

Dans tout ce travail, on perçoit aisément la prédominance que l'auteur accorde, dans la genèse de la pneumoconiose des mineurs, dans l'explication des symptômes et dans l'interprétation des lésions, à l'élément « tuberculeux » plutôt qu'à l'élément « minéral chimico-toxique ». Certes, l'auteur accorde à la silice, le rôle qui lui convient, mais se rapprochant de la thèse défendue par des phtisiologues et des pathologistes, il considère les formes vraiment anormales de l'infection tuberculeuse qu'il décrit d'ailleurs si parfaitement, comme étant d'abord « tuberculeuses » avant d'être pneumoconiotiques.

Le but de ce travail est de rechercher les particularités de la tuberculose des houilleurs, de les exposer, et quand c'était possible de les expliquer.

Chapitres : Etude radiologique. Etude anatomo-pathologique. Etude clinique. Evolution. Pronostic. Traitement. Documentation radio-clinique. Remarques générales. Formes pneumoconiotiques suspectes de tuberculose. Considérations étiologiques et pathogéniques. Conclusions. Considérations prophylactiques et sociales. Index bibliographique.

Avis important

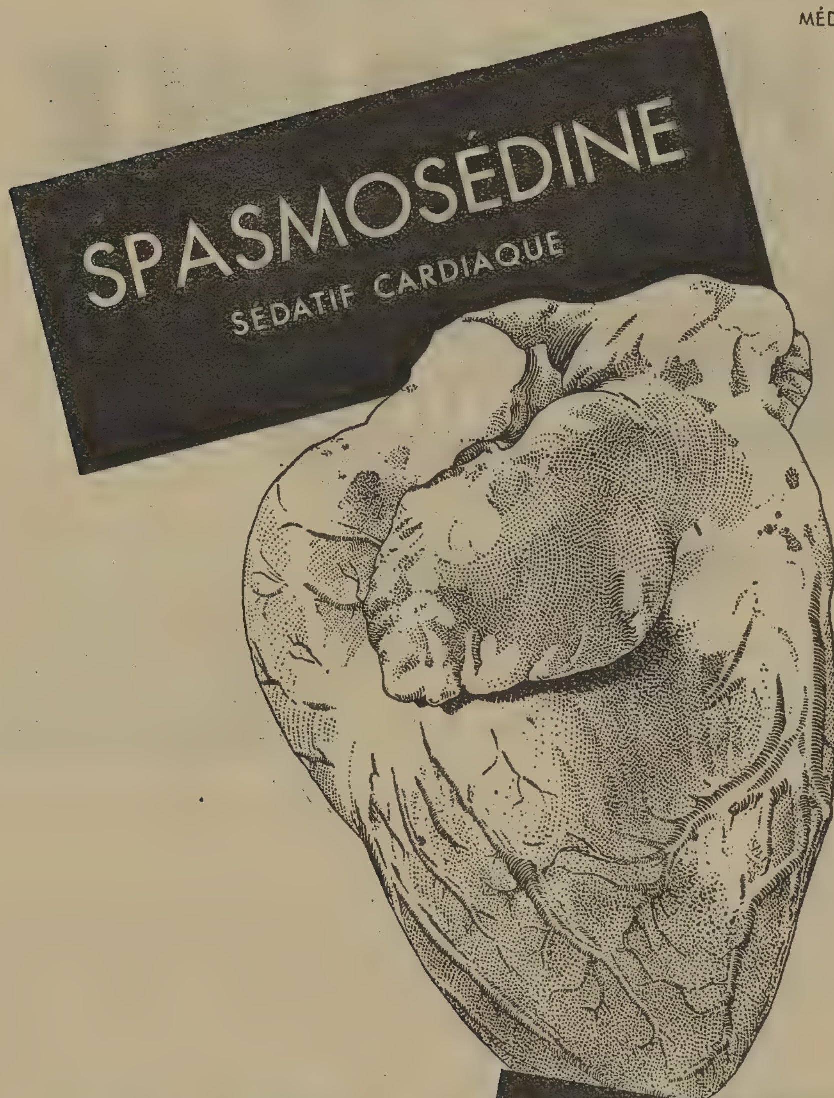
Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.



LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULd PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

2 médicaments cardiaques essentiels

PARALYSIE INFANTILE ET PSEUDO-PARALYSIES INFANTILES

par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Voici un petit enfant qui, brusquement, au cours d'une santé parfaite, est pris d'une paralysie flasque des deux jambes : au bout de quelques jours, les troubles moteurs rétrocèdent, pour se localiser à certains groupes musculaires, qui sont définitivement voués à l'atrophie et à la réaction de dégénérescence. Aucun autre trouble sensitif, sensoriel, sphinctérien, psychique ; mais, à la ponction lombaire, lymphocytose et hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, d'ailleurs clair et stérile. Il s'agit, sans l'ombre d'un doute, de paralysie infantile.

La symptomatologie est loin, toutefois, d'être toujours aussi typique. On observe souvent des cas où elle est si anormale que l'on peut se demander si l'on a vraiment affaire à une paralysie infantile et non à une autre affection : question d'autant plus importante que le traitement diffère du tout au tout : dans la première hypothèse, administration précoce et massive de sérum antipoliomyélitique, de sérum de Pettit ou de sérum de convalescent ; dans la seconde, abstention soigneuse de ce sérum, qui ne donnerait que de mauvais résultats, ce qui ne saurait surprendre, étant donné son étroite spécificité, et, selon les cas, traitement, soit médical, qui fera appel aux médications capables de réaliser la destruction des virus neurotropes : urotropine, salicylate de sodium, injections de cultures de B. prodigiosus, abcès de fixation, etc., soit même chirurgical, s'il s'agit d'arachnoïdite.

C'est cette question que nous avons été appelé à traiter *ex abrupto*, certain jour, à la Société de neurologie (1) ; c'est celle qu'à notre instigation, vient d'envisager notre élève Léon Philippe, dans une excellente monographie que tous auront intérêt à consulter (2).

***

Quelles sont donc ces pseudo-paralysies infantiles ?

Il y a d'abord l'*encéphalite léthargique*, dont certaines formes ressemblent tellement à la paralysie infantile que « le diagnostic est souvent impossible jusqu'au moment « où apparaissent les signes caractéristiques : paralysie « oculaire, hypersomnie pour la maladie de von Economo, « paralysie flasque pour la maladie de Heine-Medin » (L. Rimbaud). Et encore, est-il aisé de se tromper. Nous avons eu l'occasion de voir, à l'hôpital Saint-Louis, un petit enfant qui avait été pris brusquement de paraplégie flasque, suivie d'atrophie : le cas paraissait si typique que nous avions, d'emblée, dirigé le malade sur le service d'électrothérapie. Au cours des séances qui lui furent faites, M. J. Belot et ses distingués collaborateurs, ayant constaté, chez lui, une salivation excessive, nous demandèrent de le « reconsidérer ». Nous avons, non seulement retrouvé cette salivation, mais aussi observé un léger tremblement menu. Au bout de plusieurs années, parkinsonnisme typique.

Il y a aussi des cas où l'on a affaire à un *syndrome de radiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien*, type Guillain-Barré. C'est ainsi que, chez une petite fille, à nous envoyée de l'Eure pour paraplégie flasque complète avec gros troubles des réactions électriques, nous avions porté le diagnostic de paralysie infantile. A la ponction lombaire, 0,4 éléments par millimètre cube, 0 gr. 79 d'albumine. Un cas, sinon identique, du moins voisin, a été rapporté récemment, à la *Société de pédiatrie de Paris* (Séance du 18 février 1941, p. 73-78 des *Bulletins*), par MM. Boudet, Broca, J. Balmès et Mlle Fabre. Pour aider au diagnostic, faisons nôtre la remarque pertinente de ces auteurs, à savoir que « la dissociation albumino-cytologique, si elle se rencontre dans la maladie de Heine-Medin, ne se voit qu'à la période de guérison (Rohmer et Muller) et non au début, comme dans la polyradiculonévrite curable ».

Il y a des cas où, si invraisemblable que cela paraisse au premier abord, le diagnostic hésite un certain temps entre une paralysie infantile et une *arachnoïdite spinale*. Dans l'un d'eux, suivi avec MM. J. Huber et Ogliastri de Gentile, le diagnostic initial avait été poliomyélite antérieure aiguë à forme douloureuse, comme dans les faits rassemblés, en 1878, par Duquesnoy. Il fallut la persistance de ces douleurs à type radiculo-névritique, comme la persistance des paralysies sans atrophies, sans troubles de la sensibilité, pour que l'on pensât à une tumeur ou à une arachnoïdite spinale. L'épreuve du lipiodol ayant montré l'existence d'un blocage, l'intervention fut effectuée par Thierry de Martel et révéla l'existence d'une arachnoïdite.

Il y a des *myélites transverses*. Chez une de nos petites malades, suivie avec M. Gamelon, les accidents avaient débuté brusquement par des phénomènes généraux : fièvre, malaise, et locaux : paraplégie flasque, compliqués d'une anesthésie superficielle du territoire sous-jacent à D^6 et l'incontinence du sphincter vésical. Ultérieurement, la transformation de la paraplégie flasque en paraplégie spasmodique montra qu'il s'agissait, non d'une poliomyélite antérieure aiguë, mais d'un myélite transverse.

Il y a des *méningites tuberculeuses* qui ressemblent, à s'y méprendre, à une paralysie infantile (A. Baudouin, Penkert, J. Taillens, Mme Tinel-Giry) et que, seule, permet d'identifier la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien.

Il y a, enfin des *cas complexes*, dont voici quelques-uns, par nous observés.

Dans un *premier*, concernant une jeune fille de 16 ans, nous avions, en 1919, porté le diagnostic de paralysie infantile en nous fondant sur les deux arguments suivants :

Début par du torticolis, symptôme fréquemment observé à la période initiale de la poliomyélite ;

Apparition au cours d'une épidémie de paralysie infantile ;

Développement ultérieur de paralysie à forme atrophique

Nous avons été amené, par la suite, à réviser notre diagnostic, ayant constaté, chez cette enfant, des troubles sensitifs d'apparence syringo-myélitique, des mouvements involontaires à type choréique et une paraplégie spasmodique.

Second cas. Chez une fillette de 13 ans, vue par nous en 1919, et que, depuis lors, nous n'avons jamais perdue de vue, nous avions dit, au début : paralysie infantile avec phénomènes anormaux : signe de Babinski, thermo-anesthésie, troubles sphinctériens et inégalité pupillaire. Ces signes, dont le dernier, n'ayant jamais subi la moindre modification, force est de réformer notre diagnostic primitif.

Comment interpréter ces cas ? Pour les auteurs lyonnais (L. Béril et A. Deviz) et bordelais (R. Cruchet et H. Verger), il s'agit d'encéphalite léthargique, ainsi qu'en témoignent la notion de génie épidémique comme l'existence fréquente, au début, de signes « encéphalitiques » : diplopie, somnolence, myoclonies. La valeur de ces signes peut être contestée puisque, dans certains cas, il n'y a eu aucun élément de la série et qu'inversement, dans certains autres, on a noté une dissociation albumino-cytologique nette.

Aussi préfère-t-on, aujourd'hui, admettre que l'on a affaire à une *névraxite aiguë*, à une *infection à virus neurotrope*, en convenant d'ailleurs, qu'il n'y en a pas *une*, mais de *nombreuses variétés*. En tout cas, dans ces pseudo-paralysies infantiles, les réactions électriques sont moins troublées, mais d'une façon plus durable, que dans les paralysies infantiles (L. Delherm, L'examen électrique dans les pseudo-paralysies infantiles, *Société française d'électrothérapie et de radiologie*, séance du 15 décembre 1940).

(1) Léon Babonneix. Paralysie infantile et pseudo-paralysies infantiles. *Société de Neurologie de Paris*, séance du 4 janvier 1940, pp. 496-504 de la *Revue Neurologique*, t. 72, n° 5, 1939-1940.

(2) Léon Philippe. Essai de démembrement de certains faits groupés sous le nom de paralysies infantiles. *Th. Paris*, 1941, in-8°, 120 p.

***

De par la clinique, il est donc souvent malaisé, et parfois impossible, de différencier la paralysie infantile des affections qui peuvent la simuler. Faut-il donc renoncer à faire un diagnostic correct ?

Oui et non.

Non, quand on a, à proximité, un laboratoire bien organisé, que l'on ne regarde pas devant la dépense (un millier de francs, au minimum, avant 1939) et qu'on peut faire rechercher si le sérum du malade neutralise ou non le virus de la paralysie infantile, épreuve imaginée par A. Netter et Levaditi, et dont le principe, à vrai dire, a été contesté par les auteurs américains (Paul et Trask).

S'il ne le neutralise pas, on peut éliminer l'hypothèse de poliomyélite. En 1939, MM. J. Alajouanine, H. Mignot et P. Mozziconacci s'étaient demandé, à propos d'un de leurs cas, si un syndrome parkinsonnien pouvait reconnaître comme étiologie la maladie de Heine-Médin (*Revue neurologique*, 1939, t. 72, I, p. 66-70). Non, leur répond M. Mollaret, car la réaction de neutralisation du virus étant négative chez ce malade, il ne peut s'agir de paralysie infantile (*Société de neurologie*, séance du 5 décembre 1940, p. 770-774 de la *Revue neurologique*, t. 72, n° 7, 1939-1940).

Oui, quand la réaction est positive. On sait, en effet, aujourd'hui, depuis Flexner, que la plupart des personnes bien portantes ont été jadis atteintes d'une paralysie infantile fruste et que leur sérum neutralise le virus de cette affection. Qui empêche un de ces sujets ainsi guéris d'être ultérieurement atteint d'une autre infection à virus neurotrope ?

***

Conclusion pratique. Avant de porter le diagnostic de paralysie infantile, assurez-vous qu'il existe, en sa faveur, des arguments suffisants, les uns positifs : existence de paralysies flasques, souvent annoncées par des réactions méningées, bientôt compliquées d'atrophie et de réaction de dégénérescence, lymphocytose et hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien ; les autres, négatifs : absence de tout signe appartenant à la série de l'encéphalite léthargique. Et n'injectez du sérum que si le diagnostic vous paraît suffisamment établi.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Samedi 18 octobre 1941. — Jury : MM. Gougerot, Garcin, Sureau, Sicard. — M. Métayer. Fibro-sarcomes tubéreux de la peau.

Mercredi 22 octobre 1941. — Jury : MM. Lemierre, Læper, Fèvre, Brouet. — M. Satgé. Contribution à l'étude des expectorations bacillifères au cours des suppurations pulmonaires. — M. Lagroua. La vaccination au B. C. G. par scarifications cutanées et l'allergie consécutive.

Jeudi 23 octobre 1941. — Jury : MM. Gougerot, Laignel-Lavastine, Cathala, Patel. — Mlle Tyraud. Pachyonychie congénitale. — M. Combes-Hamelle. Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique de l'enfant.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 22 octobre 1941. — 1° Jury : MM. Aubertin, Darraspen, Coquot, Henry, Lesbouyries. — M. Caubert. Intoxications par le colchique d'automne chez le poulain. — M. Durand. Cardiopathie gauche et signes d'emphysème pulmonaire chez le chien.

2° Jury : MM. Couvelaire, Lesbouyries, Coquot. — M. Boivin. Contre-indications et indications de la délivrance manuelle dans l'espèce bovine.

Jeudi 23 octobre 1941. — Jury : MM. Binet, Drieux, Létard, Tanon, Darraspen, Lesbouyries. — M. Lecomte. Garde juridique des animaux domestiques. — M. Mounissier. Lapin et gibier dans l'alimentation de l'homme.

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DANS LE PRONOSTIC ET LES COMPLICATIONS DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE

par A. Soulairac
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
et S. Jouannais
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

La ponction lombaire systématiquement pratiquée nous a permis de constater que parmi les différents cas cliniques d'alcoolisme chronique, les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien étaient loin de se ressembler. Les troubles mentaux de l'alcoolisme dépendant d'un syndrome d'intoxication, il est naturel que l'axe encéphalo-médullaire réagisse, et les variations du L.-C.-R. peuvent être considérées comme les témoins de ces diverses réactions. Certains travaux ayant encore récemment paru sur cette question (1), il nous a paru intéressant de rassembler quelques-unes de nos observations et d'essayer d'en tirer une vue synthétique. Ce très intéressant sujet avait d'ailleurs inspiré, en 1939, la thèse d'un de nos internes, le Docteur M. Mésséan (2).

Les différentes réactions biologiques que nous avons étudiées dans le L.-C.-R. sont le dosage des albumines, l'étude de la lymphocytose, et particulièrement la réaction de floculation du benjoin colloïdal — c'est dire que nous avons surtout recherché les modifications des albumines du L.-C.-R. L'étude de la glycorachie n'a révélé par ailleurs aucune modification appréciable.

L'ensemble de nos résultats a montré que l'on pouvait assez schématiquement diviser les différents liquides céphalo-rachidiens en trois groupes :

a) Cas où les réactions biologiques sont normales ou subnormales ;

b) Cas avec modifications qualitatives des albumines rachidiennes, se traduisant par des anomalies de floculation du benjoin ;

c) Cas avec modifications qualitatives et quantitatives (hyperalbuminorachie) des albumines.

En comparant ces résultats biologiques avec les divers syndromes cliniques que présentaient nos malades, il nous a semblé que ces diverses réactions du L.-C.-R. correspondaient à des cas de pronostic et d'évolution absolument différents.

Avant d'exposer nos résultats, nous devons mentionner que nous avons soigneusement éliminé tous les sujets atteints ou suspects de syphilis et d'affections pouvant amener des modifications du L.-C.-R.

Résultats des examens biologiques

Notre statistique porte sur 100 cas.

Dans notre premier groupe, nous rangeons les alcooliques mentaux à formule rachidienne normale. Ils représentent 21 % des malades examinés à ce point de vue. L'albuminorachie est normale (entre 0 gr. 10 et 0 gr. 22) et la précipitation du benjoin se fait dans les 6e, 7e et 8e tubes, et n'atteint que deux fois le 10e tube.

Notre deuxième groupe est le plus important puisqu'il atteint 45 % des cas. La réaction de floculation du benjoin est nettement anormale mais il n'y a pas hyperalbuminorachie.

Plusieurs cas se présentent :

1° Elargissement de la zone de précipitation dans les deux sens (soit par exemple précipitation du 4e au 12e tube) : 12 cas ;

(1) H. Duchêné. Modifications du L.-C.-R. chez 100 malades internés pour troubles mentaux alcooliques. *Thèse de Paris*, 1940.

(2) M. Mésséan. Importance de l'étude du L.-C.-R. dans le pronostic et les complications des troubles mentaux de l'alcoolisme chronique. *Thèse de Lille*, 1939.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
CHRYSÉMINE Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Pyréthrines* *de la fleur de Pyrèthre*	Oxyures - Ascaris Tous parasites intestinaux
CYCLITON "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Analeptique central* Gouttes : 20 à 40 p. j. et plus Comp. : 2 à 5 p. j. et plus Amp. 2 cm³ : 1 à 3 p. j. et plus	Défaillances cardio-respiratoires Collapsus
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée* *injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques
SÉDORMID "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Hypnogène non barbiturique* Comp. à 0.25 (dose sédative) 1 comp. 2, 3 ou 4 fois p. j. (dose hyp.), 2 comp. au coucher	Toutes insomnies Anxiété

2° Floculation dans la zone dite méningée ou syphilitique (5 derniers tubes) : 25 cas ;

3° Floculation dans la zone dite paralytique (5 premiers tubes) : 8 cas.

Le troisième groupe comprend 34 % des cas. Les modifications dans la floculation du benjoin colloïdal s'accompagnent d'une hyperalbuminorachie modérée, variant de o gr. 38 à o gr. 56. Dans 73 % des cas de ce groupe la floculation se fait dans la zone méningée.

Chez aucun de nos malades, nous n'avons trouvé de perturbations de la formule lymphocytaire (de 0,1 à 1,8 éléments). La tension rachidienne assise variait dans des limites normales, entre 40 et 55 cm. d'eau.

Discussion de ces résultats et intérêt clinique

L'intérêt de ces examens biologiques systématiquement pratiqués nous a paru résider dans le fait que, à la classification biologique pouvait se juxtaposer une classification clinique et même pronostique.

En effet, les différents malades à formule rachidienne normale présentaient au point de vue clinique un délire alcoolique sub-aigu, type Lasègue, qui, à la suite de la thérapeutique habituelle (désintoxication, strychnothérapie et vitaminothérapie), s'amélioraient très rapidement et ne présentaient ni complications ni séquelles.

Beaucoup plus intéressants semblent être les 2e et 3e groupes : en effet, le 2e groupe de L.-C.-R. répond cliniquement à des alcoolismes chroniques, à formes de début variables, avec atteinte très marquée des fonctions intellectuelles, affaiblissement psychique progressif, et évoluant soit vers la démence éthique alcoolique soit vers une « psychose de sortie ». Il est intéressant de constater que la présence de modifications des albumines rachidiennes chez ces malades s'accompagne au début d'un tableau clinique souvent moins dramatique que dans le cas de délire de Lasègue. Mais le L.-C.-R. signe en réalité une atteinte beaucoup plus profonde du système nerveux, atteinte parfois irréversible et que confirme l'évolution.

Les différentes modalités de la floculation pathologique du benjoin peuvent sans doute être rapportées à des atteintes plus ou moins électives d'une portion du névraxe : dans le cas d'une atteinte diffuse, la précipitation du benjoin se fait dans une zone élargie à droite et à gauche. La floculation dans les derniers tubes, dans la zone méningée, signerait une atteinte plus spécialement méningée, et ces cas rentreraient dans le cadre de la méningite alcoolique » de Marchand. Enfin la floculation dans les premiers tubes prouverait une atteinte surtout encéphalitique, et ces cas seraient à rapprocher de la pseudo-paralysie générale de Klippel.

Le troisième type de L.-C.-R. alcoolique, où les perturbations du benjoin s'accompagnent d'une légère hyperalbuminorachie, se rencontre presque uniquement chez des malades alcooliques ayant déjà présenté une atteinte antérieure neurologique ou psychopatique. Il semble ici que l'alcool soit un facteur surajouté, aggravant, qui vient compliquer le plus souvent un trouble mental antérieur, tel qu'une psychose hallucinatoire, un syndrome épileptique ou un état mélancolique. Il y aurait également à étudier les cas si particuliers de réintoxication par l'alcool chez des sujets ayant déjà présenté des troubles alcooliques, même bénins.

L'évolution semble confirmer cette conception. En effet, il est remarquable de constater combien les troubles alcooliques sans perturbations du L.-C.-R. s'améliorent rapidement, permettant une rapide récupération de l'équilibre mental. En deux ou trois mois, le malade peut sortir et reprendre une vie sociale normale.

Par contre, très différente est l'évolution de l'alcoolisme avec modifications du L.-C.-R., correspondant à nos deuxième et troisième groupes biologiques. L'amélioration des troubles mentaux ne se fait que lentement, et peu à peu les malades évoluent soit vers une psychose délirante et hallucinatoire que l'on peut considérer parfois comme des reliquats post-oniriques, soit vers l'affaiblissement intellectuel global à type de démence.

Conclusions

Cette très courte étude permet de confirmer cette notion déjà ancienne que l'intoxication alcoolique chronique détermine dans 80 % des cas environ des perturbations dans le métabolisme des albumines du système nerveux. Mais par ailleurs, l'étude analytique de ces perturbations permet en plus de poser assez souvent des indications pronostiques sur l'avenir du malade. Ces modifications du L.-C.-R. peuvent être considérées comme la traduction d'une réaction de neutralisation et d'élimination de toxines ou de matériaux dus à la destruction cellulaire, et semblent apporter, par l'étude de l'évolution clinique, la preuve de l'atteinte plus ou moins définitive du système nerveux et montrent aussi les possibilités de défense du tissu.

Enfin, cela permet de comprendre que l'intoxication alcoolique, touchant un système nerveux déjà atteint ou fragilisé par une affection antérieure ou concommittante, revêt d'emblée un caractère de beaucoup plus grande gravité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 29 septembre 1941

Pas de communications d'ordre médical.

Séance du 6 octobre 1941

Typhus. — MM. Paul Giroud et René Panthier montrent qu'il est possible de cultiver et de conserver par passages sur poumon de lapin, une souche de typhus épidémique européen.

Séance du 13 octobre 1941

Sur un procédé général de dissolution des ciments pectiques intercellulaires et son application au dégommage des fibres textiles. — M. Charles Primot. — Si cette communication fait connaître un procédé industriel, elle met aussi en lumière, au point de vue physiologique général, l'intérêt du rôle du calcium en tant qu'agent insolubilisant.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 4 novembre 1941

Avortement thérapeutique. Droit. Morale. Religion. — M. Balthazard fait une très importante communication sur un sujet qui a souvent été soumis à l'Académie de Médecine et qui vient d'être l'objet d'une nouvelle étude dans le dernier *Bulletin de l'Ordre des Médecins.*

M. Balthazard reprend l'historique de la question. Il rappelle les nombreuses discussions qu'elle a soulevées au point de vue médical, au point de vue juridique, au point de vue moral et religieux.

L'intervention de M. Balthazard sera le point de départ d'un nouveau débat.

L'Académie a, en effet, nommé une commission qui devra apporter un rapport. Cette commission est composée de MM. Balthazard, Sergent, Couvelaire, Hartmann, Renault, Brouardel, Laubry, Clerc et Bezançon.

Les eczémas professionnels microbiens. — M. A. Sézary distingue, parmi les dermatoses professionnelles, des eczémas chimiques, dus à l'action même des substances manipulées, exclusivement connus jusqu'ici, et des eczémas microbiens relevant des agents microbiens de la peau, exaltés dans leur virulence par le mécanisme du biotropisme. Ces eczémas microbiens se reconnaissent à leur aspect objectif (bords nettement arrêtés avec une fine collerette épidermique), à leur persistance malgré la cessation du travail, à leur résistance aux topiques banaux, à leur guérison par les seuls topiques antimicrobiens, souvent même sans interruption du travail.

Quand ils sont purs, ils ne s'accompagnent pas d'épidermo-réactions positives vis-à-vis de la substance manipulée. Ainsi

s'explique l'anomalie, qui avait depuis longtemps étonné les observateurs de dermatoses manifestement professionnelles et s'accompagnant d'épidermo-réactions négatives. Ces eczémas microbiens peuvent survenir d'emblée ou succéder à une dermite chimique, dans ce dernier cas, les tests cutanés sont positifs, ce qui est une cause de confusion. Du point de vue médico-légal, ce sont de véritables dermatoses professionnelles, comme les eczémas chimiques ; ils doivent donc, quant à la responsabilité des employeurs, être assimilés à ces derniers.

Rôles respectifs de l'anoxhémie et de l'acapnée dans les troubles des grandes altitudes. Techniques de recherches. — M. Beyne.

La question des réfugiés et le repliement. — M. Rouèche.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 22 octobre 1941

A propos du rôle des chlorures dans l'organisme. — M. Wolfromm se demande si lorsqu'on administre du chlorure de sodium, la soude ne joue pas un rôle important sinon primordial.

Ablation d'un diverticule duodénal pour troubles gastriques sévères rebelles au traitement médical. Guérison après intervention datant de cinq ans. — M. Chauvenet. — Rapport de M. S. Blondin qui souligne les difficultés techniques que l'on peut rencontrer ; la duodénotomie facilite singulièrement l'abord de certains diverticules.

M. Moulonguet se demande le rôle que joue la stase duodénale dans les troubles mis sur le compte du diverticule.

M. Sénèque a observé dans un cas la coexistence d'un ulcère de la petite courbure et d'un diverticule duodénal.

Opération de Coffey dans l'exstrophie vésicale. — M. Fèvre rapporte sa statistique d'opérations de Coffey : quatre observations où l'on fit l'opération de Coffey n° 3 ont donné deux succès, un échec, une mort ; dans quatre observations où Fèvre fit l'opération de Coffey n° 1, les résultats sont bien meilleurs avec des risques moins grands. L'auteur met en parallèle les opérations plastiques et le Coffey ; elles ont des indications différentes.

M. Heitz-Boyer croit que si l'on peut recréer une vessie le résultat est plus satisfaisant.

Note sur le tubage à demeure dans les suites opératoires des interventions gastriques. — M. Soupault est très satisfait de ce procédé.

M. Brocq fait remarquer que l'aspiration continue peut être utilisée avec succès dans les suites opératoires des ulcères perforés et des fistules duodénales.

M. J. Gosset a utilisé avec succès le drainage continu trans-jéjunal dans un cas de circulosus viciosus.

M. Soupault croit que le drainage trans-duodénal est difficilement réalisable dans certaines occlusions.

Hypo-protidémie et cancer gastrique. — MM. J. Gosset et C. Rouvillois font remarquer que la mortalité post-opératoire des gastrectomies pour cancer est assez élevée ; très souvent, la désunion des sutures entraînant une péritonite mortelle en est responsable.

Les auteurs ont constaté que la paroi gastrique est altérée histologiquement très à distance de la lésion ; du point de vue humoral les cancéreux gastriques présentent une hypo-protidémie très considérable qui n'existe pas chez les ulcéreux.

Expérimentalement l'hypo-protidémie détermine l'apparition d'œdème interstitiel frappant surtout les muscles et gêne considérablement la cicatrisation des parois.

Il est donc logique, à titre pré-opératoire, de remonter le taux des protides du sang ; on peut utiliser les transfusions plasmatiques, la réhydratation. Au point de vue technique, on devrait abandonner le catgut pour donner la préférence au matériel non résorbable. Après l'opération les auteurs recommandent l'ingestion des glucoses ou leur administration par voie jéjunale.

M. Bréchot a remarqué que l'œdème des parois gastriques semblait en rapport avec les envahissements ganglionnaires.

Séance du 29 octobre 1941

A propos de l'anesthésie sinu-carotidienne dans les états de choc. — M. Léger. — Rapport de M. Sicard sur un travail de M. Léger dans lequel l'auteur discute le mode d'action de cette anesthésie d'après les études expérimentales qu'il a faites. Il y aurait une inter-réaction sinuso-surrénale et c'est par l'intermédiaire des surrénales qu'agirait l'anesthésie sinu-carotidienne.

Les Vitamines

Tableau synthétisant no[...]

Par le Docteur François MOREL[...]

DENOMINATION PRINCIPALE Synonymies d'après : leur constitution chimique leurs effets physiologiques	PROPRIETES ESSENTIELLES Solubilité Oxydabilité Thermostabilité	DOSAGE BIOLOGIQUE ET ETALONNAGE Dosages cliniques (directs ou indirects)	BESOINS JOURNALIERS DE L'ORGANISME
VITAMINE A *Axérophtol* dérivé du β carotène qui est la *provitamine A* 1 molécule de β carotène + $2 H^2 O$ = 2 molécules de vitamine A (transformation effectuée dans le foie) *Vitamine anti-xérophtalmique* facteur de croissance et anti-infectieux	*Soluble dans les graisses,* l'éther, le benzène, le chloroforme. *Insoluble dans l'eau,* dans l'alcool. Très sensible à l'oxydation, *la plus instable des vitamines liposolubles* Très thermolabile	Dosage biologique, surtout préventif, accessoirement curatif. Animal réactif : rat jeune. **Unité internationale :** **1 U. I. = 0 γ 6 = 0 mgr. 0006 de β carotène** (le γ est le 1/1000e du mgr.) Dosage chimique, colorimétrique Dosage physique spectrophotométrique Indirectement : Examen des lésions cornéennes au biomicroscope, de l'héméralopie au photoadaptomètre.	**1 mgr. 5** de vitamine A soit 1.500 γ, chez l'adulte Le 1/3 apporté sous forme de vita[...]mine A en nature (0 mgr. 5) ; Les 2/3 restants sous forme de carotène (2 mgr., qui donnent dans l'organisme 1 mgr. de vita[...]mine A). Ceci correspond à un total de 5000 U. I. exprimées en carotène. Besoins chez l'enfant, 2 fois moin[...]dres.
VITAMINE D *Calciférol* ou *Ergostérol irradié* dérivé de l'ergostérol non irradié qui est la *provitamine D* (La provitamine des téguments est transformée en vitamine par la lumière solaire) *Vitamine anti-rachitique* régulatrice du métabolisme du calcium et du phosphore	Solubilité = *Id.* précédente Résiste mieux que la vitamine A à l'oxydation Thermostable	Dosage biologique : rat jeune **1 U. I. = 0 γ 025 de vit. D cristallisée (calciférol) = 0 mgr. 000025** Indirectement, en clinique, dosages sanguins du calcium ($\searrow$), du phosphore ($\searrow$), du cholestérol ($\searrow$), des phosphatases ($\nearrow$).	Chez l'enfant : 1/100e de mgr. soit **0 mgr. 01** de vitamine D soit 10 γ correspondant à 400 U. I. Besoins chez l'adulte, réels égale[...]ment, mais moins impérieux.
VITAMINE E *a Tocophérol* *Vitamine de reproduction et de fertilité*	Solubilité = *Id.* précédente Relativement résistante à l'oxydation Thermostable	Dosage biologique : couples de jeunes rats Unité internationale non fixée Unité physiologique : quantité de vitamine E assurant la grossesse normale	Chez la femme enceinte : 250 mgr. pour toute la grossesse soit **1 à 2 mgr.** par jour soit 1.000 à 2.000 γ de vitamine [...]
VITAMINE K *Méthyl-naphtoquinone* *Vitamine de coagulation*	Solubilité = *Id.* précédente Relativement résistante à l'oxydation Thermostable	Dosage biologique : poulet Unité internationale non fixée Cliniquement, méthode indirecte : mesure de l'hypoprothrombinémie.	**1 mgr.** de vitamine K soit 1000 γ
VITAMINE T (?) ? *Vitamine régulatrice du taux des plaquettes sanguines*	Solubilité = *Id.* précédente ? ?	?	?

I. Vitamines liposolubles

SOURCES ALIMENTAIRES PRINCIPALES (CLASSÉES PAR ORDRE DE RICHESSE DÉCROISSANTE)	SYNDROMES CLINIQUES DE CARENCE (AVITAMINOSES) OU DE PRECARENCE (HYPOVITAMINOSES)	APPLICATIONS THERAPEUTIQUES FORMES. — POSOLOGIE
Carotène : Persil, endive ; pissenlit, chicorée ; bette, épinards, potiron ; oseille, laitue ; abricots ; cresson, feuilles de radis ; carottes, pois ; pruneaux ; paprika (piment ou poivron) ; olive, betterave, céleri ; tomates, amandes, bananes ; germes de céréales, ail, noix. *Vitamine A :* Huiles de foie de poisson (thon, morue, flétan) ; Foie cru ; Cervelle, beurre ; Œuf, rognons ; Crème, fromages ; Graisse de bœuf ; Huîtres ; Lait ; Viande grasse.	*Avitaminose franche :* N'existe que chez le nourrisson et le tout jeune enfant : *xérophtalmie* typique (rare), ulcération cornéenne, opacification, fonte purulente de l'œil, cécité, parfois mort par complications. *Hypovitaminoses :* manifestations oculaires : sécheresse et dépoli conjonctival, photophobie, *héméralopie* (sorte de cécité crépusculaire). Troubles de croissance. Moindre résistance aux infections diverses. Hyperthyroïdie. Lésions torpides des tissus et des épithéliums.	Régime alimentaire riche en carotène et en viamine A. Huile de foie de morue qui doit titrer au minimum 9.000 U. I. de vit. A par cuiller à soupe. Préparations spécialisées de vitamine A (*Amunine, Huiles de foie de flétan*, etc.), prescrites à fortes doses, qui ne provoquent qu'exceptionnellement de l'hypervitaminose A (carotinémie). Dose moyenne : **30.000 U. I.** de vit. A par jour En applications locales (pommades vitaminées ou même huile de foie de morue) dans plaies atones, ulcères, recto-colites ulcéro-hémorragiques.
Huiles de foie de poisson (thon, flétan, morue) Huiles : hareng, sardines, merlan *Sources alimentaires proprement dites peu importantes :* Jaune d'œuf ; Beurre d'été ; Foie cru ; Huîtres ; Lait écrémé d'été.	*Avitaminoses franches : Rachitisme* de l'enfant avec ses symptômes bien connus, mais dans la genèse duquel interviennent, outre l'appauvrissement de l'organisme en calciférol, un apport phospho-calcique insuffisant ou déséquilibré, une infection ou intoxication chronique, une vie insuffisamment au soleil. *Hypovitaminoses :* prédisposition aux caries dentaires, manque de vigueur, croissance difficile, certain de degré de courbure des os, tétanie de la première enfance, ostéomalacie.	Les traitements anciens : Huile de foie de morue et ultra-violets sont toujours de mise. Une huile de foie de morue doit titrer au minimum 1.500 U. I. de vitamine D par cuiller à soupe. Associer calcium et phosphore à l'Ergostérol irradié. Celui-ci n'existe que sous formes spécialisées (*Ergorone, Irrastérine, Stérogyl, Vit.* D_2, etc.). Préventif et curatif du rachitisme. Dose moyenne courante : **3.000 U. I.** de vit. D par jour sous forme d'ergostérol irradié ou calciférol ; 2.000 U. I. sous forme d'huile de foie de morue, en cures discontinues. Certains auteurs préfèrent une **dose massive unique : 15 milligr. de Vit.** D_2 (soit 60.000 U. I.).
Huile de germes de blé ; Germes de céréales ; Foie ; Huile d'arachide, de palme, de soja ; Laitue, cresson ; Muscle de bœuf, graisse de porc ; Huile d'olives, de noix ; Beurre ; Pain complet.	*Cliniquement :* *Femmes : Avortements* habituels de cause inconnue ; *stérilité* féminine. *Hommes : Stérilité* masculine, azoospermie ou oligospermie, perte de l'appétit génésique. *Enfants et adultes :* Dystrophies neuro-musculaires.	Vitamine E prescrite « per os » sous forme spécialisée d'α-tocophérol (*Ephynal, Vit. E*, etc.). Dose journalière : **10 à 30 milligr.** (et même jusqu'à 60 milligr. dans les menaces d'avortement imminent). Dans les cas de stérilité conjugale, les meilleurs résultats sont obtenus en l'administrant aux 2 conjoints, associée chez la femme aux hormones sexuelles. Il n'a pas été signalé jusqu'alors d'hypervitaminoses E.
K_1 = *Maintes plantes vertes :* Choux, épinards, extrémités de carottes ; Feuilles de châtaignier, tomates ; Pousses d'avoine, orge germé ; Huile de soja et quelques autres huiles végétales ; *Extrait d'alfalfa* (variété de luzerne d'Amérique). K_2 = *Graisses animales* de certains poissons ; foie de porc ; fromages	*Avitaminoses franches : Diathèse hémorragique des nouveau-nés :* Hémorragies intracraniennes, cutanées, ombilicales, intestinales, etc., etc... *Hypovitaminoses : Hémorragies survenant dans les ictères par rétention*, les fistules biliaires ; dans les hépatites graves, les cirrhoses ; dans certaines affections gastro-intestinales (sprue, gastrectomies ou colectomies étendues) ; chez les tuberculeux hémoptoïques à mauvais fonctionnement hépatique ; dans la rétinite hémorragique rédidivante des cardio-rénaux.	Aliments riches en vitamine K. Vitamines K spécialisées (*K-thrombyl, Synkavit, Vit. K*, etc.), à fortes doses et même dans les cas graves sous forme intraveineuse **10 à 40 milligr.**, associée ou non à une transfusion. Action rapide en quelques heures. Préventivement, l'administrer soit à la mère, avant l'accouchement, soit au nouveau-né. Lui associer la prescription de sels biliaires.
Jaune d'œuf ; Huile de sésame	*Cliniquement (?)* : Certains purpuras chroniques chez l'enfant.	Existe dans maintes vitamines A spécialisées, d'où la propriété sur les plaquettes attribuée à tort à ces dernières.

De l'action de plaques en métal appliquées sur des plaies trainantes. — M. Brette. — M. Ménègaux rapporte quelques observations dans lesquelles l'auteur a étudié l'action de différents métaux placés au contact des plaies trainantes ; l'aluminium paraît avoir une action accélératrice sur la cicatrisation de la plaie.

M. Jean Gosset signale que les auteurs américains utilisent des plaques d'argent pour recouvrir les greffes de peau totale.

Pyo-pneumothorax médiastinal antérieur. Guérison après oblitération de 2 fistules pneumo-bronchiques. — MM. Chalnot, Pierquin et Grumilhier. — M. R. Monod rapporte cette observation et fait remarquer que les signes cliniques et radiologiques sont en faveur d'un kyste congénital à développement médiastinal. M. Monod rapporte d'ailleur une observation personnelle calquée sur celle de M. Chalnot.

M. Moulonguet a opéré un kyste congénital postérieur analogue aux observations de M. Monod ; un affaissement a pu être obtenu par thoracoplastie postérieure.

Ulcère perforé de l'estomac. Intervention à la 24e heure. Drainage du Douglas. Occlusion intestinale précoce. Entérostomie. Guérison. — M. Magnant. — Rapport de M. Soupault qui discute l'utilité et la légitimité du drainage du Douglas. Les accidents signalés sont plus en rapport avec la façon dont a été placé le drain, qu'au drainage lui-même.

M. Mondor rappelle les observations qu'il a rapportées autrefois d'occlusion développée autour d'un drain ; le drain atteint le Douglas à travers les anses grêles et réalise ainsi une disposition anatomique comparable à celle d'une appendicite méso-cœliaque. M. Mondor discute également le mode de traitement de l'occlusion ; le pompage par sonde duodénale doit permettre dans ces occlusions inflammatoires de mettre fin aux accidents sans recourir à l'iléostomie.

M. Basset est d'accord également sur les inconvénients du drain dans le Douglas.

M. Quénu est au contraire un adepte fervent du drainage dans le Douglas ; il laisse ce drain 48 heures. Il n'a observé qu'un cas d'occlusion tardive par bride qu'à la rigueur on puisse attribuer au drain. Il estime que le drain constitue le moindre danger.

M. Ameline croit que le drain ne supprime pas la possibilité d'un abcès du Douglas.

Considérations statistiques sur les différents types de fractures des membres observés au cours de la guerre 1939-1940. — MM. Sauvé et Charry.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 11 octobre 1941

Sur l'antitoxine tétanique et les variations de ses qualités au cours de l'immunisation. — MM. G. Ramon et R. Ricou ont vu, sous l'influence d'injections successives d'anatoxine, l'antitoxine tétanique subir des modifications qualitatives (en particulier, vitesse et puissance de neutralisation à l'égard de la toxine) progressivement croissantes.

Sur la réaction de floculation « toxine-antitoxine tétanique » pratiquée avec des échantillons de sérum antitétanique d'origine animale différente. — M. G. Ramon a constaté que la « zone de floculation » est moins étendue dans le cas du sérum antitétanique provenant du cheval que dans celui du sérum antitétanique fourni par le mouton. Quelles que soient les véritables raisons de ces modalités de la floculation, celles-ci restent d'importance minima en ce qui concerne la pratique du dosage des antigènes et des anticorps par la floculation.

La dispersion du treponema pallidum chez les souris inoculées avec des cornées atteintes de kératite syphilitique expérimentale. — M. C. Levaditi constate que lorsqu'on greffe sous la peau de la souris blanche des fragments de cornées de lapins atteintes de kératite syphilitique, les parasites subissent progressivement une involution intense, se traduisant par la transformation en boucles, chapelets et granules, avant de se résorber complètement. Mais, parallèlement à cette involution locale, s'observe une dispersion généralisée. Réactivité de l'organisme contaminé, potentiel involutif du germe lui-même, semblent être les deux facteurs qui, agissant de concert, déclenchent le phénomène de l'involution.

Taille des virus rabique fixe et des rues déterminée par l'ultrafiltration. — M. C. Levaditi.

Taux de l'acide ascorbique surrénal, hypophysaire et hépatique au cours de l'intoxication subaiguë du cobaye. — M. G. Poumeau-Delille a observé, chez le cobaye adulte soumis à un régime riche en vitamine C, au début d'une intoxication benzénique subaiguë, une baisse du taux de l'acide ascorbique surrénal et une forte augmentation du taux de l'acide ascorbique hypophysaire, le taux de l'acide ascorbique hépatique s'abaisse d'abord un peu, puis s'élève légèrement.

Comparaison des résultats fournis par le dosage de l'hémovitamine A et l'examen au photomètre de Chevallier chez des sujets soumis à une même alimentation. Difficultés

d'interprétation de certains cas. — MM. H. Gounelle, J. Gerbeaux et Y. Raoul soulignent que chez des sujets apparemment non carencés, il existe un parallélisme d'ensemble entre les taux de vitamine A du sang et les chiffres du photomètre de Chevallier ; cependant, chez certains individus, il n'y a pas de corrélation entre les deux résultats. Le taux de vitamine A du sang et les résultats à l'appareil de Chevallier peuvent être variables d'une semaine à l'autre chez certains sujets, sans modifications de l'alimentation.

Données biologiques sur l'œdème de dénutrition par carence alimentaire. — MM. H. Gounelle, R. Sassier, J. Marche et M. Bachet ont bien retrouvé, en général, chez des sujets atteints d'œdème par carence alimentaire, un état d'hypoprotidémie par hyposérinémie, avec inversion du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$. Trois semaines avant l'apparition des premiers œdèmes, chez les sujets examinés, la protidémie était normale, la sérinémie haute et la globulinémie basse avec un rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ élevé ; seuls trois sujets avaient déjà une hypoprotidémie, qui annonçait l'apparition d'œdème. La fibrine, les lipides et le cholestérol du sang, le chlore, le sodium et le potassium des sérums et des urines, étaient sensiblement normaux.

Action sur le pouvoir pathogène du staphylocoque de diverses substances augmentant l'inflammation et stimulant l'immunité. — MM. R. Kourilsky et P. Mercier.

Influence des différents éléments de l'inflammation sur les variations du pouvoir pathogène cutané du staphylocoque. — MM. R. Kourilsky et P. Mercier ont confirmé la proportionnalité entre l'importance de l'inflammation déterminée chez le lapin par l'inoculation staphylococcique et l'augmentation du pouvoir pathogène cutané du germe sorti du foyer en renforçant la réaction inflammatoire par l'injection simultanée d'histamine ou d'éléments figurés, leucocytes ou hématies. Parallèlement, le pouvoir pathogène du germe, primitivement presque nul, augmente.

REVUE DE LA PRESSE

Ce qu'il faut redouter en période de restrictions alimentaires. — M. Duvoir et H. Desoille (*Revue Médicale Française*, août 1941, n° 4, p. 141. — Excellent article qui sert de préface à un numéro consacré aux intoxications et aux carences alimentaires en période de restrictions. Une pathologie spéciale se constitue. MM. Duvoir et Desoille attirent l'attention sur la nécessité de prévenir les troubles causés par la restriction alimentaire globale. Pour cela, il faut diminuer les besoins de l'organisme en calories. Ce n'est pas le moment de préconiser les sports. Il faut tâcher de corriger la déficience organique causée par le manque d'équilibre entre les trois grandes classes d'aliments. L'organisme n'a pas seulement besoin de vitamines mais aussi de sels minéraux. Il faut craindre, en outre, les intoxications d'origine alimentaire, notamment par les conserves avariées, par les coquillages non sélectionnés, par les plantes toxiques, par les champignons. Les affections provoquées par la disette sont donc multiples sans compter les grandes épidémies que l'on voit parfois apparaître dans les périodes de misère.

L. S.

Etude des aérosols médicamenteux chez l'homme. — MM. Dautrebande, Philippot, Charlier, Dumoulin et F. Nogarède (de Liége) [*Presse Médicale*, 8-11 octobre 1941, nos 87-88, p. 1082 à 1085]. — L'action sur divers phénomènes respiratoires des inhalations de courte durée d'aérosols médicamenteux a été étudiée sur quatre sujets sains.

Si l'on se limite à l'administration par les poumons de doses faibles de ces aérosols, c'est-à-dire de doses telles qu'elles ne sont pas suivies de la résorption intra-artérielle transpulmonaire d'une quantité importante de la drogue inhalée, on constate une action locale exclusive de ces aérosols au niveau du tractus bronchopulmonaire.

Celle-ci se manifeste :

a) Pour les substances dilatatrices (Ephédrine, Phénylaminopropane, Phénylméthylaminopropane, 202, Adrénaline, Novocaïne, Atropine, Histamine, Nitrite de soude) par une diminution sensible de la ventilation pulmonaire horaire, un ralentissement considérable du rythme respiratoire, un accroissement important du volume de chaque respiration, une élévation de la pression de l'anhydride carbonique dans l'air expiré qui va de pair avec une chute de la pression de ce gaz dans l'air alvéolaire.

Ces expériences ont ainsi permis de mettre en évidence un phénomène nouveau de physiologie respiratoire, caractérisé par une chute durable de l'anhydride carbonique alvéolaire contemporain d'une hypopnée prolongée. Ce phénomène essentiel a des corollaires importants : *une augmentation du volume utile de chaque respiration* qui peut doubler et même tripler de valeur, une diminution de la valeur de l'espace nuisible avec, en conséquence, une chute de la relation « Espace nuisible/espace utile » et une augmentation correspondante de l'efficacité de la respiration profonde.

Tous ces phénomènes sont trop accentués pour pouvoir être rapportés à une action dilatatrice de ces aérosols au niveau des bronches, plus ou moins inextensibles ; ils doivent plutôt être attribués à l'augmentation de calibre des canalisations sous-bronchitiques (infundibula et atria) ou bien à l'ouverture sous l'influence de ces médications, de territoires qui, dans les conditions habituelles de la respiration au repos, ne participent pas à l'acte respiratoire normal.

b) Pour les substances broncho-constrictrices (Choline, Pilocarpine) par des phénomènes exactement inverses soit une hyperventilation et une tachypnée considérables, une chute du taux de l'anhydride carbonique dans l'air expiré et l'air alvéolaire, une réduction notable du volume de chaque respiration, une augmentation importante de la valeur de l'espace respiratoire nuisible, une diminution grave du pourcentage de ventilation pulmonaire utile.

Ces phénomènes engendrés par les aérosols de substances constrictrices s'amendent rapidement par l'administration ultérieure d'aérosols, d'atropine ou, mieux, de substances sympathicotoniques dilatatrices.

L. S.

Etude clinique de l'aplasie médullaire (Panmyélopathie). — W. Cyran (*Zentralblatt, f. innere Medizin*, 23-30 septembre 1939). — L'importance croissante prise en pathologie par l'aplasie médullaire permet de démembrer peu à peu le cadre confus des anémies pernicieuses hépatorésistantes.

Dans les cas d'aplasie, il est rare qu'une seule des fonctions médullaires soit atteinte ; elles le sont toutes bien que l'une d'elles le soit, en général, plus gravement ; c'est ainsi qu'anémie aplastique, agranulocytose, maladie de Werlhof sont des formes à prédominance symptomatique d'une même déficience. Ce qui ne rentre pas dans ces cadres cliniques bien individualisés pourrait être dénommé panmyélopathie. Après étude de 9 observations personnelles l'auteur dresse le bilan. L'étiologie est mal connue ; on peut, cependant, relever le rôle des toxi-infections et des intoxications médicamenteuses qui frappent respectivement de préférence la série rouge ou la série granuleuse. Parmi les infections suspectes d'exercer une influence on trouve surtout la syphilis ancienne, la grippe, la furonculose, l'infection puerpérale ; parmi les toxiques, le néosalvarsan, le pyramidon, le benzol, à condition que l'action se soit prolongée un temps suffisant ; il semble que doive d'abord se constituer un état d'allergie particulier. Le début s'échelonne, en général, sur un peu moins d'un an, la durée totale de l'affection ne dépasant pas deux ans. La moelle est touchée dans toutes ses séries cytologiques : série rouge (anémie avec valeur globulaire normale ou augmentée sauf le cas d'anémie secondaire), série blanche (diminution de nombre portant surtout sur la série granuleuse mais n'épargnant pas les autres séries ; diminution des réticulocytes) série plaquettes. L'accélération très notable de la sédimentation est un signe important et qui témoigne d'un état d'hyperergie.

L'hypo ou l'agranulocytose provoquent, par fléchissement des défenses, un état favorable au développement des septicémies intercurrentes.

A ces signes s'ajoutent la splénomégalie et l'hypo-acidité gastrique.

Le pronostic est désespéré, le traitement inefficace jusqu'ici.

L'auteur commente parallèlement 4 cas d'anémie ferriprive ou de maladie de Banti d'où ressortent les différences cliniques, hématologiques et pronostiques.

R. L.

Anémie pernicieuse et tuberculose gastrique. — A. Schweers (*Zentr. f. inn. Med.*, 7 octobre 1939). — Observation d'anémie pernicieuse progressive à évolution prolongée et en apparence idiopathique. C'est seulement après cinq années d'évolution que se démasque une tuberculose gastrique, histologiquement vérifiée.

Si l'on rapproche de ce fait les notions actuellement acquises sur le rôle de l'estomac dans l'évolution de l'anémie pernicieuse, on peut envisager l'hypothèse que chez ce malade la cause première a été une tuberculose gastrique, longtemps masquée derrière le trouble gastrique qu'elle provoquait et dont la traduction clinique était l'anémie ; c'est seulement après une évolution prolongée que l'affection causale s'est dévoilée. Fait à rapprocher des études d'autres auteurs sur les relations avec l'anémie pernicieuse d'affections gastriques diverses : ulcus, cancer, gastrite chronique, polypes des voies digestives entre autres.

R. L.

Les modifications de la formule hématologique (lymphocytose) dans le surrénalome hypertensif (paragangliome). — J. HATIGANU, Aurel MOGA et Petru RADU (*Zentr. f. inn. Med.*, 25 mai 1940). — Observation de surrénalome vérifié chirurgicalement et histologiquement, s'accompagnant de poussées hypertensives. On pouvait à volonté provoquer l'apparition de celles-ci par le séjour dans certaines altitudes. L'examen de sang a montré dans ce cas, comme l'expérimentation l'avait montré, une augmentation du nombre global des leucocytes avec une poussée lymphocytaire presque immédiate et transitoire à laquelle faisait suite une augmentation également temporaire du nombre des polynucléaires neutrophiles. Chez le même malade, les auteurs ont reproduit à volonté les mêmes modifications de la formule sanguine par l'injection d'adrénaline.

R. L.

Le pneumothorax spontané récidivant. — Rudolf KAFFARNIK (*Zentr. f. inn. Med.*, 12-19 octobre 1940). — L'auteur rapporte deux observations personnelles de pneumothorax spontané récidivant et discute leur pathogénie à la lumière des travaux antérieurs de Ljungdahl, de Schennicke et Fischer-Wasel. L'une de ces observations, particulièrement remarquable, ne mentionne pas moins de 50 récidives du pneumothorax chez le même sujet, nombre rarement approché dans la littérature. Il semble que c'est presque exclusivement chez la femme qu'un nombre aussi élevé de récidives a pu être observé.

R. L.

Contribution à l'étude clinique de la cirrhose hépatique rhumatismale. — R. BASLER (*Zentr. f. inn. Med.*, 9-16 novembre 1940). — L'étude de 17 observations personnelles à l'auteur le conduit à conclure à l'existence d'une cirrhose hépatique qui peut se développer au cours du rhumatisme chronique, cirrhose par hépatite, répondant au schéma de Rössle et d'Eppinger ; l'ictère manque le plus souvent mais peut toutefois se rencontrer. Il semble que la répétition des crises joue un rôle important dans l'apparition de la cirrhose ainsi que l'existence de foyers infectieux localisés dont on connaît le rôle important que leur a attribué W.-H. Veil dans la production du rhumatisme.

R. L.

Recherches sur le métabolisme dans la diphtérie. Le comportement du métabolisme basal au cours de la diphtérie. — M. Wilhelm BOLT (*Zentr. f. inn. Med.*, 7 décembre 1940). — Des examens en série ont montré qu'au cours de la diphtérie le métabolisme basal est modifié. Il fléchit légèrement dans les formes bénignes, profondément dans les diphtéries toxiques ; ce fléchissement se produit après une période de latence de 8 à 10 jours et persiste jusqu'à environ la fin de la 3e semaine de la maladie ; dans les formes très toxiques le retour à la normale peut être plus tardif encore.

La cause principale est sans doute la perturbation des systèmes endocriniens par la toxine diphtérique.

Il n'y a pas de dépendance directe entre ce fléchissement et les altérations cardiaques bien que le fléchissement soit plus marqué dans les formes très toxiques qui s'accompagnent habituellement de troubles cardiaques.

Le fléchissement du métabolisme basal qui coïncide avec la myocardite semble correspondre à un allègement de la fonction que le cœur doit assurer.

R. L.

Symptômes réflexes dans des maladies d'organes internes. — H. FELDMANN (*Zentr. f. inn. Med.*, 3 mai 1941). — Ces manifestations réflexes sont de divers ordres : zones cutanées de sensibilité ou zones de Head où il existe en plus de la sensibilité à l'examen des douleurs spontanées. Il peut y avoir aussi des zones d'hyperesthésie ou d'hyperalgies dans les musles « points douloureux » classiques, « douleurs projetées » bien connues mais qui exposent à des erreurs de diagnostic. De même, bien qu'indemnes, des organes voisins peuvent participer au tableau clinique : vomissements réflexes des colites, constipation et météorisme dans les coliques hépatiques ou néphrétiques, douleurs dans l'hypochondre droit dans l'angine de poitrine, l'infarctus du myocarde ou la pleurésie diaphragmatique. Il y a également des manifestations à distance homolatérales : mydriase, herpès labial, sécrétion sudorale, dermographisme.

Dans tous les cas sont mis en jeu des réflexes empruntant à la fois les nerfs médullaires et le système vago-sympathique. L'existence de ces réflexes fournit une explication de l'efficacité des manœuvres thérapeutiques s'exerçant localement au niveau de la projection symptomatique et influençant cependant dans la profondeur l'organe malade.

R. L.

THÈSES DE PROVINCE (1)

THESES DE MEDECINE DE LYON
(Suite)

Année scolaire 1939-1940

7. — DONNADIEU. — *Les hydramnios. Etude statistique et critique.*

104. — DUJET. — *La kératoplastie dans le traitement du kératocône* (48 p., pl.).

74. — DUMOND. — *Nature et traitement du déficit pondéral des gastrectomies.*

20. — DUPRÉ. — *Deux observations d'hypertension artérielle supérieure à 30 cm. de mercure au cours de la grossesse.*

93. — DURAND. — *Gastrostomie sous-costale. Technique du D*r *H. Muller* (34 p., fig.).

75. — DUSSERRE-TELMON. — *A propos de nouvelles observations sur l'emploi de la lutéine de synthèse en thérapeutique obstétricale.*

4. — EDEL (Mme), née Mouriquand. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur le rachitisme : Rachitisme eutrophique, rachitisme dystrophique, uviosensibilité et uviorésistance.* (Travail de la clinique médicale infantile et hygiène du premier âge : Prof. G. Mouriquand).

35. — EGLÈNE. — *Contribution à l'étude de la transfusion du sang conservé chez l'homme.*

U. 547. — EL CHAMI. — *La gale dans l'armée et son traitement rapide par le benzoate de benzyle* (32 p.).

194. — FAUGOUX. — *Danger de la rupture utérine dans le placenta prævia. (A propos d'une observation nouvelle.)* [36 p.].

201. FAURE (Mlle). — *A propos de l'augmentation du nombre des aliénés* (40 p., graph.)

130. — FINELLI. — *Sur l'effacement des cavernes par injections intra-pleurales au cours du pneumothorax artificiel* (52 p.).

164. — FLACHAIRE. — *De l'utilisation en dermatologie de l'abcès de fixation* (36 p.).

50. — FLOTARD (Mlle). — *Contribution à l'étude de l'épithelioma du jéjunum.*

U. 530. — FODA. — *Etude statistique des procidences du cordon au cours du travail. 72 cas sur un ensemble de 20.000 accouchements.* (Travail de la maternité de l'Hôtel-Dieu : service du Dr Trillat).

10. — FOURNIER (Jean-Charles-Auguste).

47. — FOURNIER (Lucien-Hippolyte-Eugène-Marie). — *Les paralysies des nerfs crâniens dans la maladie de Heine-Médin*

85. — FRANCILLON (Mme), née Polack. — *Contribution à l'étude de la néphrite expérimentale uranique chez le lapin* (72 p., fig., graph.).

92. — FRITAYRE. — *Contribution à l'étude clinique du dolichocôlon chez l'adulte* (39 p.).

112. — FROMENT (Mme), née Berrier. — *Le retentissement cardio-vasculaire de la distension vésicale* (63 p., graph.).

9. — GAGNAL. — *Le traitement de l'hallux valgus par la résection de la tête du premier métatarsien.*

203. — GANIDEL (Mlle). — *Sur l'étiologie du mongolisme infantile* (92 p. graph., tableau).

36. — GAULÈNE. — *La thrombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur d'origine naso-sinusienne.*

22. — GAVIGNET. — (Le titre ne nous est pas parvenu).

171. — GENDRON. — *Myxœdème et coma* (56 p.).

18. — GENET. — *Traitement des angines et stomatites à pneumocoques par les applications locales de bile de bœuf stérilisée.*

U. 529. — GIERSZUNY. — *Les ulcères géants de la petite courbure.*

44. — GONDRAND. — *Les tumeurs de l'ouraque.*

58. — GRANGE. — *Considérations sur le traitement chirurgical des lésions des ménisques du genou accompagnées de blocage articulaire.*

185. — GROLEAU. — *Traitement des pleurésies récidivantes par les injections intra-pleurales de chlorhydrate double de quinine et d'urée* (32 p.).

52. — GROS. — *Contribution à l'étude des modifications sanguines et ganglionnaires dans les dermatoses prurigineuses étendues et de date ancienne.* (Travail du service de dermatosyphiligraphie de l'Antiquaille : Prof. agrégé J. Gaté).

205. — GRUMBACH. — *Les récidives de l'acrodynie infantile* (116 p.).

113. — GUILLOUD DE COURBEVILLE (Mlle). — *L'inspection médicale des écoles dans le département de la Loire* (56 p.).

U. 546. — GUIRGUIS (Youssef-Gorgy). — *Nature parasitaire du trachome* (47 p.).

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 1941 : Marseille n°s 63-64, Montpellier n°s 69-70, Hanoï n°s 71-72, Nancy n°s 73-74, Bordeaux n°s 77-78, Strasbourg n°s 79-80, Toulouse n°s 81-82, Lyon n°s 87-88.

116. — Guyomarc'h. — *Traitement des troubles trophiques consécutifs à l'ablation d'un anévrysme du triangle de Scarpa* (24 p.).
49. — Haond. — *Le traitement des adamantinomes solide et kystique du maxillaire inférieur.*
U. 543. — Hassan (Ibrahim). —*La lutte contre les mouches en temps de guerre* (32 p.).
Ibrahim (Hassan) : voir Hassan (Ibrahim).
195. — Imbert. — *De la fréquence de la mort fœtale in utero dans les grossesses prolongées.* (Travail de la clinique obstétricale du Prof. J. Voron.) [51 p.].
55. Jacquemet. — *Contribution à l'étude des phlébites de la gestation. A propos d'un cas mortel.*
2. — Jagerschmidt. — *Le traitement médical dans les états d'arriération mentale chez l'enfant.*
107. — Joinaux. — *A propos de quelques causes rares de paralysie phrénique. Les paralysies phréniques d'origine tuberculeuse. Les paralysies phréniques traumatiques sans section du nerf* (35 p.).
U. 553. — Karman. — *Le cathétérisme uretéral à demeure au point de vue thérapeutique* (62 p.).
117. — Kaydel. — *Contribution à l'étude de l'angine de poitrine traumatique* (28 p.).
U. 539. — Kitoff. — *A propos de quatre observations d'achondroplasie fœtale* (87 p., fig.).
132. — Kohler. — *Le lait de vache dans ses rapports avec la dyspepsie et la dystrophie phosphocalcique du nourrisson* (68 p.).
U. 526. — Kurland. — *Les groupes sanguins parmi la population juive.*
144. — Laisney. — *A propos d'une forme atypique de polyarthrite chronique avec syndrome de spléno-hépato-mégalie* (48 p.).
114. — Latarjet. — *Quelques actions des rayons ultra-violets sur les microbes en suspension dans l'eau physiologique. Applications* (75 p.).
25. — Lavie. — *Les manifestations nerveuses de l'intoxication par le cyanure de potassium.*
123. — Le Borgne. — *Sur un cas de fistule stercorale spontanée au cours du pincement latéral de l'intestin grêle dans une hernie crurale* (35 p.).
13. — Lebrat. — *Rôle freinateur de l'alcool sur le phénomène de la sédimentation sanguine.*
77. — Lecuire. — *Thérapeutique chirurgicale de l'hypertension artérielle. A propos de quatre observations de splanchnicectomies bilatérales par voie médiastinale.*
111. — Ledru (Mme), née Charton. — *Traitement des brûlures de la face par la mise à l'air et le tannage* (48 p.).
151. — Legeais. — *Contribution à l'étude clinique de la primo-infection pharyngée* (60 p.).
103. — Leriche. — *L'hypertélorisme* (84 p.).
165. — Le Saux. — *Le virus poradénique figuré argyrophile* (40 p.).
26. — Lévy. — *Indications respectives de la cholécystectomie et de la choélcystostomie dans les syndromes douloureux sous-hépatiques d'origine vésiculaire.*
U. 540. — Liou Hsieu Min (Mlle). — *La dolichosténomélie infantile (syndrome de Marfan).* (Travail des Services du Dr Péhu et du Prof. Bonnet.) [112 p.]
161. — Lisita. — *Perforations recto-coliques par l'air comprimé* (40 p.).
U. 544. — Louka. — *Contribution à l'étude de la sprue* (48 p.).
154. — Luciani (Dominique). — *Contribution à l'étude pathogénique et clinique du mégaœsophage essentiel infantile* (76 p.).
155. — Luciani (Pierre). — *Contribution à l'étude du traitement des abcès de la langue* (60 p.).
12. — Lucquet. — *Sur les complications vasculaires provoquées par les côtes cervicales.* (Travail du Service chirurgical du Dr Wertheimer.)
173 — Magnani. — *Les infarctus cérébraux d'origine veineuse* (60 p.).
200. — Magnin. — *Contribution à l'étude des hématomes sousduraux* (96 p.).
145. — Mahé. — *Contribution à l'étude des pneumopathies aiguës à évolution prolongée* (44 p.).
180. — Maillefert. — *Rhabdomyomes granulo-cellulaires de la langue et parasites* (43 p., pl.).
69. — Maisonneuve. — *Le débit cardiaque en clinique.*
189. — Martin (Alfred). — *L'incubation dans le tétanos et la prévention par le sérum pendant cette période* (60 p.).
24. — Martin (Hubert). — *A propos de deux cas cliniques d'injection intracarotidienne de mercurochrome.*
56. — Marty. — *Appréciation de la nocivité des poussières minérales industrielles et par la méthode de la biomicroscopie cornéenne.* (Travail du Laboratoire d'histologie de la Faculté de Médecine de Lyon.)

172. — Mases. — *Etude expérimentale du pouvoir adrénalino-sécréteur des ions alcalins.* (Travail de Laboratoire de physiologie du Prof. Hermann.) [67 p., graph., tableaux].

108. — Masquin. — *La maladie d'Ollivier. Sarcomacose méningée diffuse primitive. Contribution à l'étude anatomoclinique et diagnostique* (68 p.).

80. — Maurel. — *Contribution à l'étude de l'encéphalite post-vaccinale. A propos d'un cas survenu chez un nourrisson* (48 p.).

157. — Maussion. — *Contribution à l'étude des méningites à pneumocoques. Sa thérapeutique sulfamidée.*

174. — Maynadié. — *Sur un cas de lupus serpigineux marginé syphiloïde du cuir chevelu. Difficultés du diagnostic* (27 p.).

63. — Meiffret. — *La prévention et le traitement des complications méningées infectieuses consécutives aux traumatismes craniens par les produits sulfamidés.*

199. — Mérouze. — *Les épreuves de diurèse. Etude clinique. Leur intérêt dans l'expertise des affections rénales aux armées* (63 p.).

198. — Michal. — *Contribution à l'étude de « l'hypertension d'effort »* (60 p.).

127. — Michaud. — *Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement chirurgical du mégaœsophage* (71 p.).

31. — Michon. — *Etude critique des indications thérapeutiques dans les fractures du plateau tibial.*

88. — Moindrot. — *Contribution à l'étude des thrombo-phlébites généralisées des sinus de la dure-mère* (180 p., pl.).

146. — Mole. — *Contribution à l'étude des formes larvées de la néphrite saturnine* (44 p.).

90. — Monnet. — *Etude statistique des accidents de la transfusion sanguine.* (Service de transfusion sanguine des hospices civils de Lyon.) [84 p.].

30. — Montel. — *Contribution à l'étude des œdèmes papillaires bilatéraux à évolution favorable.*

136. — Moras. — *Contribution à l'étude des péricardites rhumatismales à forme angineuse* (44 p., graph.).

14. — Morot. — *Pneumonie traitée par les sulfamides. Etude clinique.* (Travail du Service du Dr Jean Barbier.)

U. 532. — Mostafa. — *La lutte contre les poux en temps de guerre* (48 p.).

U. 533. — Mounayer. — *Examen et triage des mineurs délinquants. Essai de prophylaxie sociale Son application au Code pénal syrien* (80 p.).

U. 541. — Mourad. — *Six observations d'infection veineuse dans le post-abortum* (51 p.).

167. — de Mourgues. — *Contribution à l'étude de l'influence des lésions veineuses sur la production des gangrènes des membres* (60 p.).

65. — Müller. — *A propos du traitement des états psychiques par les injections de cardiazol. Etude électrocardiographique des réactions cardiaques.*

158. — Murie. — *La vitamine B dans le traitement des polynévrites éthyliques* (48 p.).

U. 550. — Nabilsi. — *Sur la bronchite sanglante de Castellani* (58 p.).

U. 542. — Narouze (Tewfik). — *L'ascaridiose des voies biliaires* (52 p.).

99. — Neel. — *Les pneumothorax électifs et leur mode de constitution. Etude clinique et expérimentale* (240 p., pl.).

95. — Niel. — *De la syphilis tertiaire des os propres du nez* (52 p.).

84. — Notter. — *Etat actuel du traitement chirurgical du mégacôlon droit chez l'enfant et chez l'adulte.* (Travail du Laboratoire de chimie biologique de la Faculté de Médecine de Lyon : Prof. Florence.) [91 p.].

5. — Pauchard. — *Contribution à l'étude des formes anormales du cancer de la vésicule biliaire* (27 p.).

51. — Peissel. — *Dilatation aiguë de l'estomac au cours d'un cancer de l'œsophage. Contribution à l'étude des manifestations cliniques de l'atteinte des vagues dans le thorax.*

120. — Pellissier. — *Les petits pervers. Leur utilisation dans l'armée en temps de guerre* (72 p.).

27. — Perben. — *Les applications de forceps sur la tête dernière.* (Travail de la clinique obstétricale de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon.)

181. — Perreau. — *A propos de quelques cas de myélites infectieuses primitives curables* (87 p.).

U. 549. — Peschiera. — *L'adaptation à la haute altitude. Etude expérimentale bio-pathologique et clinique.* (Travail du Laboratoire d'hydrologie et de climatologie médicale et de la station scientifique du Jungfraujoch (Berner Oberland.) [107 p.].

148. — Petton. — *Hémophilies atypiques à temps de coagulation normal* (56 p.).

(A suivre.)

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N[os] 91-92. — 12-15 NOVEMBRE 1941 — 114[e] ANNÉE — Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6[e]. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux ; Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6[e]) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — UN CONCOURS POUR LA NOMINATION AUX PLACES D'ÉLÈVE EXTERNE EN MÉDECINE *vacantes le 1[er] mai 1942 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris :*

L'ouverture du concours aura lieu le jeudi 11 décembre 1941, à 9 heures et demie, à la salle Wagram. Entrée pour les candidats de Paris et de la zone occupée par le 5, rue de Montenotte (métro : (Etoile ou Ternes). Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (escalier A, 2[e] étage), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze à dix-sept heures, depuis le lundi 3 novembre jusqu'au lundi 17 novembre 1941 inclusivement. Des dispositions spéciales sont prises pour les étudiants de la zone non occupée. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs de la carte d'identité et du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Un concours spécial sera réservé : 1° aux élèves prisonniers, non libérés à la date du 11 septembre 1941 ; 2° aux élèves non encore démobilisés à cette date. Toutefois, le bénéfice de cette disposition ne sera pas accordé aux élèves ayant fait acte de candidature au présent concours.

La rentrée de l'Université. — Le 5 novembre a eu lieu, dans l'intimité, la séance de rentrée de l'Université.

Le discours traditionnel du doyen de la Faculté de Médecine, M. Baudouin, a montré que la reprise du travail par les étudiants démobilisés ou libérés de captivité, s'est faite, malgré les dificultés de l'heure, dans de bonnes conditions.

Au 1[er] novembre, *le nombre des étudiants de 1[re] année* s'élevait à 771, chiffre plus élevé que celui de n'importe quelle année depuis 1935.

Ce chiffre devra être considéré par ceux qui s'occupent du grave problème de la *pléthore médicale*.

Le doyen a mentionné les nombreuses séances tenues par la Commission de la *Réforme des Etudes Médicales*. Par correction, vis-à-vis de ses collègues, il s'est abstenu de donner des indications sur les conclusions auxquelles est arrivée la Commission.

La *Nouvelle Faculté de Médecine*, ou plus exactement l'annexe en construction sur l'emplacement de la Charité, avance lentement. Lorsque les circonstances permettront son achèvement, cette annexe recevra les étudiants des deux premières années.

En terminant, M. Baudouin a rappelé le souvenir de nos grands disparus : Pierre Duval et Rathery. Il a salué, enfin, ceux de ses collègues atteints cette année par la limite d'âge.

Faculté de Médecine de Paris. — Le titre de professeur honoraire de la Faculté de Médecine de Paris est conféré à MM. les Professeurs Ombrédanne, Laubry, Jeannin, Lereboullet, admis à faire valoir leurs droits à la retraite, à dater du 1[er] octobre 1941.

M. Harvier, professeur de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, titulaire de la chaire de thérapeutique médicale de l'hôpital Cochin (budget de l'Université), est transféré, à partir du 1[er] octobre 1941, dans la chaire de clinique médicale du même hôpital (budget de l'Etat). (*J. O.*, 2 novembre 1941.)

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Sorel, agrégé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique médicale infantile et puériculture de cette Faculté.

M. Delas, agrégé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle de cette Faculté.

M. Clermont, professeur chaire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie médico-chirurgicale de cette Faculté.

(*J. O.*, 2 novembre 1941.)

Ecole de Médecine de Grenoble. — M. le Professeur Corneloup est renouvelé pour trois ans dans ses fonctions de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Université de Grenoble, à compter du 1er octobre 1941.

(*J. O.*, 2 novembre 1941.)

Ecole de Médecine de Nantes. — M. Pichat (Edouard), professeur d'histologie et d'anatomie pathologique à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur d'anatomie à cette même école.

M. Picard (René), professeur de pathologie interne à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur de clinique médicale à cette même école, à compter du 1er octobre 1941.

M. Arondel (André), professeur suppléant de pathologie et clinique médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de clinique médicale infantile à cette même école.

M. Dallongeville (Maurice), professeur suppléant de physique à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de chimie à cette même école.

M. Boutelier (Maurice), professeur suppléant de bactériologie, médecine expérimentale et hygiène à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur de physiologie à cette même école.

Voir la suite des Informations, page 918.

Ordre National des Médecins

Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins

Communiqué officiel

Au cours de la XIe session, le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins a, parmi de nombreuses autres questions, poursuivi l'étude des rapports de la médecine et des collectivités.

Mis, en particulier, au courant des tractations individuelles de certains médecins avec les Caisses d'assurances sociales en vue de l'établissement du diagnostic, soit à l'hôpital, soit en tout autre endroit, le Conseil Supérieur rappelle qu'aucun accord ou convention ne doit être conclu avec une collectivité quelconque sans l'autorisation préalable du Conseil départemental intéressé. L'inobservation de cette règle (art. 67 du Code de déontologie) exposerait les médecins qui s'en rendraient coupables à être cités en Conseil de discipline.

D'autre part, le Conseil Supérieur a pris connaissance avec satisfaction, de la circulaire no 49, du répartiteur du charbon, qui est l'aboutissement des pressantes démarches qu'il avait faites auprès de cet organisme :

« Par circulaire, no 30, je vous ai indiqué qu'il y avait lieu de donner 50 kg. de charbon en supplément, par mois d'hiver, pour les médecins.

A la suite d'une intervention pressante du Conseil Supérieur de l'Ordre, j'ai l'honneur de vous faire connaître qu'étant donnée la nécessité de maintenir une température particulièrement élevée dans les cabinets d'examen des malades, et malgré la faiblesse des contingents qu'il m'est possible de mettre à votre disposition, j'ai décidé de procéder à une attribution supplémentaire.

Cette attribution sera faite de la manière suivante : conformément à ma décision C 5, vous avez dû faire établir par votre bureau des charbons, pour chaque médecin en faisant la demande, une autorisation à coupons valable, pour la campagne actuelle, pour 300 kg.

Il y a lieu de ne pas modifier cette autorisation, mais d'attribuer à chaque médecin qui en fera la demande, au cours de l'hiver, deux autorisations supplémentaires de 150 kg. chacune, sous la même forme que celles délivrées au petit commerce et à la petite industrie pour les besoins de fabrication.

La première de ces autorisations pourrait être donnée pour novembre-décembre et la seconde pour janvier-février.

En outre, j'ai décidé de considérer les médecins radiologues, traitant les malades à domicile, comme des cliniques. Vous pourrez donc leur délivrer des autorisations d'approvisionnement pour un taux maximum de 70 %, en étudiant chaque cas à titre individuel. »

Enfin, le Conseil Supérieur s'est occupé de la qualification des spécialistes, et, en particulier, de celle des chirurgiens.

Ce communiqué est le seul officiel ; toutes autres informations doivent être considérées comme dénuées de fondement, notamment celles relatives à un prétendu relèvement des tarifs chirurgicaux.

Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine

Communiqués

Utilisation des permis de circulation. — Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins communique :

Au moment où la restriction des permis de circuler en automobile apporte une si grande gêne à l'exercice de la profession médicale, le Conseil de l'Ordre rappelle aux médecins à qui il a été permis de garder leur voiture, que celle-ci ne doit transporter que des médecins et n'être utilisée que pour des fins professionnelles.

Médecins prisonniers. — Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine désire connaître les noms des médecins exerçant dans le département de la Seine, actuellement prisonniers.

Il serait reconnaissant à toute personne qui voudrait bien lui transmettre les renseignements suivants : nom, adresse, situation de famille, religion, concernant les médecins prisonniers qu'elle pourrait connaître.

Interdiction de donner des soins aux membres de l'armée allemande. — Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine est prié de rappeler à tous les médecins du département qu'il leur est formellement interdit, sous peine de sanctions sévères, de donner des soins aux membres et ressortissants de l'armée allemande.

Les médecins de la zone interdite résidant actuellement dans le département de la Seine, et désirant reprendre leur ancien poste, sont priés de faire connaître d'urgence, au Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, leur nom, prénoms et adresse.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.



TRAITEMENT ET ASSISTANCE DES ÉPILEPTIQUES

Par L. Anglade et D. Colomb

Il n'est peut-être pas d'affection plus impressionnante, plus étrange dans son déroulement et plus mystérieuse dans ses origines que l'épilepsie. Aussi a-t-elle, dès la plus haute antiquité, excité la curiosité et le zèle des médecins, et le nombre des travaux qu'elle a inspirés est infini.

Après avoir été considérés comme des maudits, les épileptiques ont subi le sort de tous les sujets atteints d'aliénation mentale : exorcismes, incantations, pèlerinages ont été leurs traitements. Dans un traité, Hippocrate s'élève contre ces superstitions. Puis Galien, Arètée ouvrent l'ère de l'hygiéno-diététique. Ensuite c'est une longue période où la science reste stationnaire. A l'ère philosophique (xviie siècle), succède l'époque des recherches anatomiques avec Vésale, Lancisi, Willis. Au xviiie siècle, la monographie de Tissot donne des développements thérapeutiques importants ; elle souligne le rôle de la valériane. Saignées, évacuations sont des pratiques courantes. Au xixe siècle, on arrive à la catégorisation des espèces épileptiques, et Delasiauve (1) vers 1850 constate que l'empirisme règne au sujet de l'épilepsie essentielle, simple névrose qui ne réagit pas aux spécifiques anti-épileptiques. Pour avoir une idée des multiples traitements de l'épilepsie, il suffit de reproduire la classification de cet auteur :

1° Méthode débilitante : émissions sanguines, bains, etc.;

2° Méthode évacuante : vomitifs, vésicatoires, moxas, frictions stibiées ;

3° Méthode sédative : calmants ;

4° Moyens spécifiques, dont la liste est longue et hétéroclite : valériane, opiacés, ammoniaque, noix vomique, injections dans les veines, etc., etc. ;

5° Traitements spéciaux : électricité, trépan.

On voit que tout l'arsenal thérapeutique a été utilisé avec des fortunes variables contre le mal comitial. Cependant une remarque s'impose : c'est l'emploi de plus en plus grand des sédatifs dont on souligne déjà la nécessité d'un emploi *ininterrompu*, en tenant compte de la marche des accidents.

Si la thérapeutique a été longtemps aussi variée qu'inefficace, c'est dans une large mesure, parce que sous le nom d'épilepsie on a traité plusieurs formes étiologiques du mal comitial ; actuellement le cadre de l'épilepsie essentielle se rétrécit et les formes que l'on isole sont justiciables de traitements adéquats : épilepsie traumatique, tumorale, par troubles circulatoires, par méningo-encéphalite (P. G.), exotoxique (alcool), endotoxique (urémie), infectieuse (paludisme).

L'épilepsie essentielle, cryptogénétique, demeure cependant fréquente : si on l'a amputée de manifestations à étiologie déterminée, elle s'est enrichie par contre de toute série de phénomènes névro-psychopathiques dont la nature comitiale est incontestable. A côté de la crise typique, précédée ou non d'une aura dont les variétés sont multiples, existent de simples équivalents. Ces derniers peuvent être la manifestation exclusive de la comitialité ou bien remplacer quelquefois la crise convulsive. Ce sont : l'absence, le vertige ou absence durable, accompagnée de convulsions légères et rapides ; les crises automatiques dont la coordination est plus ou moins parfaite, réalisant ainsi des phénomènes psycho-moteurs allant de la fuite automatique des idées ou des actes à un automatisme instinctif qui peut être criminel (exhibitionnisme, homicide, suicide, etc.). Enfin on observe assez souvent des épisodes psychopathiques aigus ou subaigus : les états crépusculaires avec onirisme ; les états d'excitation ou de dépression, les états délirants à thème souvent mystique ; les états confusionnels mnésiques avec onirisme à allure alcoolique. Pendant ces quarante dernières années, de grands progrès anatomo-cliniques et thérapeutiques ont été réalisés. De nouvelles médications ont vu le jour. Plus ancien, le *bromure de potassium* est utilisé pour la première fois par Sir Ch. Locock ; le *tartrate borico-potassique* fut employé par P. Marie pour remplacer le luminal pendant la guerre 1914-1918, enfin le *gardenal*, découvert en 1912 par Hoerlein (luminal), expérimenté en France dès 1913 est employé universellement à l'heure actuelle.

(1) Delasiauve. *Traité de l'épilepsie*, Paris 1854.

La phényléthylmalonylurée a changé le pronostic de l'épilepsie. Elle amène généralement la disparition de toutes les grandes crises, et se montre souvent efficace sur les équivalents. L'action dépressive ou l'intolérance de ce médicament a été corrigée par l'adjonction soit de caféine, soit de strychine, soit de phénédrine, soit enfin de cortico-surrénale. L'association strychno-gardénal est le produit le plus couramment utilisé.

Avant de prescrire un traitement gardénalique, il faut en mesurer toute la portée et savoir l'imposer à bon escient au malade qui devra le poursuivre très régulièrement et pendant longtemps, voire toute sa vie. La dose quotidienne moyenne de 0,20 à 0,30 grammes est bien supportée par ces malades qu'il ne faut pas se représenter comme certains épileptiques d'asile, ralentis moteurs et intellectuels, visqueux dans l'expression de leurs pensées et de leurs sentiments, impulsifs, coléreux. Marchand (1) oppose à cette description l'épileptique vivant en liberté et gagnant sa vie : « A notre consultation pour épileptiques de l'Hôpital Henri-Rousselle où nous suivons des centaines d'épileptiques qui gagnent leur vie, nous ne trouvons pas chez ces sujets des défauts de caractère plus fréquents et plus accusés que ceux que l'on constate dans la population moyenne et nous prétendons qu'aucun clinicien, aussi perspicace soit-il, ne pourrait diagnostiquer l'épilepsie chez ces malades en s'appuyant uniquement sur leur mentalité. »

Le traitement gardénalique n'amène pas toujours la disparition complète des accidents comitiaux. Actuellement on dispose d'un nouvel anti-épileptique non hypnotique, le diphénylhydantoïnate de soude. En 1937, Merritt et Putnam l'expérimentent sur une quinzaine de chats et reconnaissent que ce groupe chimique dépasse de beaucoup le pouvoir anti-épileptique des produits comme les bromures et les barbituriques. D'autre part, ce corps n'a pas l'effet dépressif signalé précédemment. Les publications sur « l'Epanutine » se succèdent alors dans la littérature anglo-saxonne. En France il y a encore peu de travaux, signalons les communications de Baudouin et Hazard à l'Académie de Médecine, de Pagniez et Pléchet, de J. Lereboullet et de Schaeffer.

L'absorption du diphénylhydantoïnate se fait par voie buccale, au milieu des repas, à la dose de 0,20 à 0,40 gr. *pro die* ; la voie parentérale aurait donné des phénomènes de dépression cardio-vasculaire.

Nous avons utilisé la spécialité française (Solantyl) chez plusieurs malades dont nous nous proposons de publier les observations. Les résultats sont jusqu'à ce jour excellents. Ce produit agit particulièrement bien sur les équivalents. Dans le grand mal, il donne aussi de bons résultats. Nous avons observé chez une malade qui malgré l'absorption de 40 cg. de gardénal présentait des accidents convulsifs et des myoclonies du membre supérieur droit, la disparition complète de tous ces troubles par l'ingestion de 30 cg. de Solantyl.

C'est une spécialité assez maniable : en peu de jours, on passe du gardénal à la dose sensiblement égale de Solantyl sans incidents notables. En cas de troubles digestifs, on maintient une acidité suffisante des humeurs par une préparation à base d'acide phosphorique. Nous n'avons pas encore observé d'incidents sérieux.

Actuellement, le gardénal et le solantyl constituent des médicaments efficaces. Administrés très régulièrement et à dose adéquate, ils peuvent ménager à l'épileptique une activité sociale.

Mais le plus souvent, l'épileptique ne peut, faute d'assistance bien comprise, bénéficier des progrès du traitement. Dans la plupart des départements français et plus particulièrement dans les régions de l'ouest, l'épileptique est

(1) Marchand. *Hérédité et épilepsie*, Paris 1938.

considéré comme un incurable, et rarement la famille ou la société pense à venir en aide à ces malheureux malades. A l'âge scolaire, aucune classe spéciale ne peut le recevoir ; il est exclu de l'école où le spectacle des crises pourrait impressionner les autres élèves et où les accidents pourraient engager la responsabilité de l'instituteur. Le malheureux enfant ne connaît que l'école buissonnière avec toutes ses conséquences. Arrivé à l'âge de l'apprentissage, les ateliers se ferment devant lui ; il est réduit au vagabondage et va donner libre cours à ses instincts mal réfrénés. Exclu de la vie militaire, notre malade se trouve sans instruction, sans métier, au banc de la société, installé dans la délinquance, voire la criminalité. Il devient l'habitué des caisses de chômage ; et alors ses maigres ressources alimentent le « bistrot » : on connaît le rôle convulsivant de l'alcool et on devine les conséquences d'une telle association.

A la suite d'une réaction anti-sociale, cet épileptique, expertisé, est conduit à l'hôpital psychiatrique. Le traitement l'améliore, mais quand se pose la question de la sortie, l'aliéniste est fort embarrassé, puisqu'aucun organisme ne peut assister son malade. Le traitement sera mal poursuivi, faute de surveillance ou tout simplement de moyens financiers. De nouveaux accidents ne tardent pas à se manifester.

Il faut donc créer dans toutes les régions une assistance aux épileptiques, laquelle peut parfaitement s'intégrer dans le cadre de l'assistance psychiatrique départementale préconisée par la circulaire du ministre de la Santé Publique (13 octobre 1937). Cette circulaire, il est vrai, n'a jamais eu même un commencement d'exécution dans la plupart des départements. On peut s'inspirer également de réalisations telles que la consultation d'épileptiques de l'Hôpital Henri-Rousselle à Paris. Cette consultation, dirigée par le Docteur Marchand voit défiler deux mille malades par an qui s'y présentent fidèlement, « sachant qu'un traitement régulier est indispensable à la continuation de leur existence au dehors ». Ils reçoivent *gratuitement* leur traitement gardénalique pour une quinzaine.

Les directives fournies par la circulaire du 13 octobre 1937 s'inspirent de l'assistance aux tuberculeux et aux vénériens : 1° dispensaire d'hygiène mentale avec consultations externes dans les centres importants ; 2° service social avec assistantes spécialisées.

Le dispensaire psychiatrique peut être situé soit à l'hôpital psychiatrique départemental, soit dans les principaux centres du département, en liaison étroite avec les services médicaux des écoles et avec les tribunaux. Les consultations seront assurées par un neuro-psychiatre habitué à ces malades. Ainsi s'effectuerait le triage et l'orientation éventuelle de l'épileptique. Les malades porteurs de troubles mentaux sont dirigés vers l'hôpital psychiatrique ; les autres sont traités à domicile.

Dans ce dernier cas qui est le plus intéressant, le service social entre en jeu. Il a une tâche énorme, puisqu'à son rôle de traitement et de surveillance s'ajoute un rôle prophylactique. Les assistantes sociales, sous la direction du médecin spécialiste, feront des enquêtes sur les malades : antécédents, profession, moyens d'existence, situation tant matérielle que morale. Elles entreprendront l'éducation du milieu familial, afin que cette assistance à domicile réalise une sorte de placement familial.

Un autre rôle important du dispensaire psychiatrique sera d'organiser la prophylaxie des maladies qui sont souvent la cause de l'épilepsie : l'hérédo-alcoolisme (9 % des cas pour Marchand, bien qu' « en réalité un plus grand nombre sont devenus épileptiques sous l'influence de facteurs extérieurs qui ont lésé leur cerveau parce que, descendants d'alcooliques, ils sont en état d'infériorité organique ») ; l'hérédo-syphilis (4,5 % des cas pour le même auteur).

L'assistante sociale sera bien placée au sein de la famille pour lutter contre ces fléaux.

Au cours de la grossesse, elle pourra donner d'utiles conseils. Une hygiène bien comprise de la grossesse diminuera les causes intra-utérines de l'épilepsie ; intoxications (albuminurie, azotémie), contusions abdominales, chutes,

efforts violents. Un accouchement bien conduit permettra souvent d'éviter les traumatismes crâniens obstétricaux. Des mesures prophylactiques devront également s'étendre aux affections de l'enfance (encéphalopathies infantiles).

Pour donner à l'épileptique l'assistance dont jouissent actuellement le tuberculeux et le syphilitique, il reste donc beaucoup à créer et à organiser. Même dans le domaine de la lutte anti-alcoolique aucune mesure d'une efficacité réelle n'a encore été prise, en dépit d'une urgence proclamée depuis un demi-siècle par une succession de Maîtres incontestés.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des anémies du nourrisson

Par L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

Il varie selon que l'anémie est *simple* ou *grave* (L.-E. Tixier).

Anémies simples. — Avant tout, on instituera un traitement *causal*, dirigé, selon les cas contre :

Les *erreurs d'hygiène et de régime*. Trop souvent, en effet, l'anémie reconnaît, comme causes principales, une vie confinée, sans air, sans soleil (*anhélie* de Marfan) ou une faute de régime, que celui-ci soit quantitativement ou qualitativement insuffisant : aux premières ressortissent les cas, fréquents autrefois, quand on appliquait à la lettre la règle des 100 g. par kilogramme de poids, ration manifestement au-dessous des besoins de l'enfant, puisqu'elle représente seulement la ration d'entretien, et qu'elle ne tient pas compte de la ration de croissance, qui est environ de 50 g. par kilogramme de poids ; aux secondes, les anémies liées à une carence et sur lesquelles nous allons revenir. Joignons-y les cas où une alimentation trop abondante ou trop précoce conduit à un rachitisme invariablement compliqué d'anémie ;

Les *carences*, qui peuvent porter sur :

Le lait. Nous venons de dire que la ration normale en lait de femme, doit être de 150 g. par kilogramme de poids ;

L'eau. D'une manière ou de l'autre, le régime doit comporter au moins 150 g. d'eau par kilogramme de poids ;

Le fer. Le lait n'en contient que peu, et les réserves de l'organisme s'épuisent d'autant plus vite qu'elles ne se renouvellent pas et qu'elles sont assez faibles. Le régime lacté exclusif est-il trop prolongé, il se produit une anémie par manque de fer (*oligosidérémie* de Guillemot et Rist, *anémie ferriprive* de Marfan, *anémie hypochrome*) ;

Les vitamines, et, particulièrement, la vitamine C, antiscorbutique ;

Certains amino-acides et, en particulier, le tryptophane, d'une part, la cystine, l'histidine et la lysine, de l'autre, indispensables, celles-ci, au développement, celui-là, à l'entretien ;

Les substances de lest (cellulose, etc.) (R. Lecocq).

Le premier soin du médecin doit donc être d'instituer un régime large, couvrant tous les besoins, autant que possible ce régime sera équilibré. On se rappellera, à ce sujet, que le régime lacté exclusif ne doit plus être prolongé jusqu'à huit mois, le régime mitigé jusqu'à seize mois, mais qu'à partir de quatre à cinq mois, on peut y introduire un peu de farines, incorporées à des bouillies de légumes (Rohmer), de jus de fruits, qu'à partir de neuf mois, on peut essayer, avec prudence, des bouillies au bouillon de viande, un jaune d'œuf, un peu de purée très claire, des potages au tapioca, un peu de compotes, de fruits cuits, de fromage blanc ; vers un an, un œuf entier, un peu de blanc de poisson ; vers 14 mois, un peu de viande (blanc de poulet, cervelle, maigre de jambon). Il est indispensable, pendant qu'on augmente progressivement la quantité des aliments, de *diminuer parallèlement les quantités de lait*, sous peine d'aboutir à un désastre (Feer). En aucun cas, à partir de six mois, elle ne doit dépasser un demi-litre par jour (Id.). Non moins nécessaire, l'administration, *larga manu*, de vitamines, et, particulièrement, de vitamine C.

Les *infections* : leismanhiose, paludisme, rhino-pharyngites, syphilis congénitale, tuberculose ;

Les *troubles digestifs* : gastro-entérites aiguës ou chroniques, souvent en rapport avec l'administration d'un lait non approprié.

Les auteurs étrangers ont beaucoup insisté sur l'*anémie de lait de chèvre* (Graewingt, Barbacco, Taillens), dont nous avons vu nous-même des cas typiques.

Symptomatique. — Il s'adresse uniquement au *fer*, donné sous forme de *protoxalate*, aux doses de 0 g. 10 à 0 g. 20 par jour, vingt jours de suite, dans un peu de lait, de bouillie, de compote. Il colore les selles en vert foncé, par suite de la formation, sous l'influence des bactéries réductrices de l'intestin, de sulfure de fer, particularité dont il est bon de prévenir les familles. Très rapidement, les téguments se recolorent, appétit, sommeil et gaieté reparaissent, tandis que la formule sanguine tend vers la normal. Au protoxalate, on substitue parfois la teinture de Mars tartarisée (tartrate ferrico-potassique) aux doses de x à xx gouttes par jour, en potion, vingt jours de suite (L.-E. Tixier).

Pour que le fer soit bien toléré, il est bon de stimuler les fonctions digestives, en prescrivant, selon les cas, les amers, les alcalins, les ferments digestifs (pancréatine, pepsine, trypsine).

Traitement des anémies graves ;

Médical, il comporte :

Diverses *médications externes* : injections sous-cutanées d'oxygène (Konings, Schreiber) : 50 cm³ par séance, répétées tous les deux jours jusqu'à concurrence de 15 ; rayons ultra-violets (de Gennes), plus utiles, à vrai dire dans les anémies moyennes ; rayons X (L.-E. Tixier, Raffaelli).

Certaines *médications internes* :

Arsenic, sous forme de liqueur de Fowler (Mahar, Nau et Rose) ;

Benzol, aux doses de v gouttes par jour, un mois de suite, avec de nombreuses interruptions (Ch. Aubertin et R. Labbé) ;

Fer (Cathala et Bœgner, L.-E. Tixier et Cambessedès) ;

Manganèse, sous forme de bioxyde à la dose de 0 g. 15 par jour (Apert) ;

Histidine, associée au *tryptophane* (hémostra), en injections sous-cutanées, une par jour, jusqu'à concurrence de 12 (Thivolle et Fontes) ;

Traitement spécifique, à essayer systématiquement, même quand les réactions sérologiques sont négatives (Weill et Dufourt) ;

Opothérapie médullaire (Apert et Nathan), hépatique, utilement associées en cas d'anémie à cellules falciformes (Castellanos);

Transfusions sanguines, d'abord utilisées par les accoucheurs dans les hémorragies graves des nouveaux-nés, puis introduites en pédiatrie par R. Labbé et Mlle Aizière. On se sert habituellement d'aiguilles fines, à biseau court, d'une seringue de 20 cm³, d'une solution de citrate de soude à 10 p. 100, qu'on mélange au sang du donneur à proportion de 1 p. de la solution pour 9 de sang. Commencer par 5 cm³ puis monter jusqu'à 20.

L'injection sera faite, selon les cas, dans le sinus longitudinal supérieur, dans la jugulaire ou dans une veine quelconque, préalablement mise à nu d'un membre.

Chirurgical, il est indiqué, en cas d'anémie splénique, lorsque les traitements précédents ont échoué, et lorsque l'état général s'aggrave. Il consiste en la splénectomie (Mamerto Acuña), pratiquée selon la technique de Lecène. Dans un de nos cas, concernant une fillette de 10 mois, atteinte, à la suite d'une infection aiguë, d'une anémie splénique grave, l'opération, effectuée par M. Albert Mouchet, nous a valu un éclatant succès.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 5 novembre 1941. — Jury : MM. Lemierre, Fiessinger, Mondor, Vallery-Radot. — M. Roux. Le signe de Cullen. — M. Le Louët. Contribution à l'étude de l'action du dagénan dans l'urétrite gonococcique. — M. Soullard. Les recto-colites hémorragiques chroniques à poussées successives de cause inconnue. Etude critique du traitement sulfamidé.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 5 novembre 1941. — 1° Jury : MM. Brumpt, Lesbouyries, Henry. — M. Loumeau. Actinomycose des carnivores domestiques.

2° Jury : MM. Tanon, Darraspen, Vuillaume. — M. Frouin. Responsabilité civile encourue au cours de l'exerceice de la pharmacie vétérinaire.

3° Jury : MM. Troisier, Darraspen, Lesbouyries. — M. Moreau. L'asthme bronchique des carnivores.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 11 novembre 1941

Les maladies contagieuses en 1940. — M. Tanon lit son *rapport au nom de la Commission des maladies contagieuses.*

Il constate que l'état sanitaire continue, malgré les difficultés présentes et le ravitaillement réduit, à rester aussi bon que les années précédentes.

La fièvre typhoïde, la diphtérie ont augmenté dans quelques départements par suite de l'encombrement et du peu de soins que prennent quelquefois les réfugiés ; elles ont diminué dans la plupart. Les recrudescences sont surtout observées dans les grandes villes où des mesures énergiques ont permis d'arrêter toute menace d'épidémie.

La méningite cérébro-spinale, la poliomyélite ont également notablement diminué sauf dans quelques régions où se trouvaient des troupes indigènes, mais dans l'ensemble on en note moins que l'année dernière. Il en est de même de la mélitococcie. Quant aux autres maladies, à part la rougeole qui, à Paris et dans la Seine, a sévi au début de 1940 sous le mode épidémique, il n'y pas eu d'aggravation. Il est à noter qu'en cette matière l'entente entre les troupes d'occupation et les services régionaux a permis d'agir plus efficacement et d'éviter toute extension d'épidémie.

Apparition possible en deux temps de l'image radiologique pulmonaire de la primo-infection tuberculeuse chez l'adolescent. — M. A. Courcoux. — En règle générale, l'image radiologique de la lésion initiale de l'infection tuberculeuse, a chez l'adolescent, les mêmes caractères que ceux qui ont été décrits chez l'enfant. Même apparition rapide, bénignité habituelle, régression dans un temps plus ou moins long, de six semaines à deux ans en moyenne. Cette règle comporte des variations soit dans le retard de l'apparition de la lésion, soit dans la lenteur de son organisation et de son extension, soit dans la durée de la régression, mais l'image reste unique et se forme en deux temps. L'auteur a observé quelques cas où la lésion initiale ayant évolué suivant la règle habituelle et ayant même régressé, subit une nouvelle et assez importante poussée identique dans son aspect radiologique aux images qui caractérisent la primo-infection : c'est la constitution en deux temps, chacun d'eux séparé par une période de plusieurs mois et comme une rechute plus accentuée de la lésion initiale. Il ne semble pas que l'attention ait été attirée sur ces faits qui méritent d'être recherchés.

L'intérêt clinique en est réel et impose une surveillance régulière et un peu longue des primo-infectés.

Ces images radiologiques permettent peut-être d'expliquer certaines lésions labiles. Enfin, la pathogénie de ces réactions périfocales encore très discutée pourra s'éclairer par l'étude de ces images.

Adrénalino sécrétion provoquée par l'ion potassium, premier exemple de l'action excitante d'un ion métallique sur une glande à sécrétion interne. — M. René Hazard. — L'injection ménagée de chlorure de potassium dans la circulation générale provoque une décharge d'adrénaline avec ses caractères habituels : hypertension, hyperglycémie, etc. L'ion potassium exerce ici une action excitante directe sur la médullaire surrénale. Cette constatation expérimentale fait songer à une intervention de cet élément minéral dans les cas pathologiques où l'on peut incriminer une hyperadréanalinémie. Mais ce n'est là qu'une hypothèse de recherche. Le fait qui mérite d'être retenu pour l'instant est l'intervention d'un ion métallique dans le fonctionnement d'une glande endocrine, intervention dont on ne connaissait pas encore d'exemple jusqu'ici.

Activité phosphatasique des os et mécanisme de production du rachitisme expérimental. — M. J. Roche et Mlle Simonot.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 5 novembre 1941

A propos du procès-verbal. — M. Moulonguet présente un cas de kyste médiastino-pulmonaire observé en 1935.

A propos du procès-verbal. — M. Rouhier fait quelques remarques sur différentes variétés de fractures de jambe qu'il a observées pendant la guerre.

Empyème pleural post-pneumonique et péricardite purulente. Péricardotomie puis pleurotomie. Guérison. — M. du Bourguet. — M. Patel rapporte cette intéressante observation dans laquelle il discute la voie d'abord latéro-sternale utilisée par l'opérateur.

L'incision de la lame sus-optique. Résultats et indications à propos de douze observations. — MM. Wertheimer, J. Dechaume et L. Mansuy. — M. Petit-Dutaillis rapporte ce travail dont il discute les conclusions : l'efficacité réelle de ce mode de drainage est difficile à démontrer ; après l'incision, il arrive que le cerveau s'affaisse mal et étant donné le siège du drainage, il n'en saurait être autrement. Néanmoins, la méthode a quelques indications.

Appendicite à forme occlusive par volvulus du grêle. Diagnostic erroné d'iléus biliaire. — M. L. Lortat-Jacob.

Volvulus du grêle par appendicite. Aspect radiologique. — MM. Mialaret et Dubost. — M. Petit-Dutaillis rapporte ces deux observations ; dans la première, le diagnostic radologique est celui d'iléus biliaire ; à l'intervention, appendicite gangréneuse ; appendicectomie suivie d'abouchement du moignon à la peau. Guérison.

Dans la deuxième observation, volvulus de la portion terminale de l'iléon sur l'appendice faisant bride, mais l'appendice n'était pas malade. Résection intestinale. Anurie. Mort.

Griffes de la main consécutives à la compression de l'avant-bras par un appareil plâtré (syndrome de Volkmann). — M. Leveuf apporte quatre observations : dans trois cas, il y avait fracture de l'avant-bras, mais dans le quatrième, l'appareil plâtré avait été appliqué à tort pour une fracture qui n'existait pas. Cette griffe est très douloureuse et d'emblée très caractéristique : il existe une paralysie des muscles thénariens et interosseux, ainsi que des troubles périphériques intéressant le cubital et parfois le médian ; enfin, fait très important, les muscles fléchisseurs sont rétractés mais non paralysés. Ces faits différencient complètement cette griffe de la griffe secondaire à la contusion de l'artère humérale dans laquelle les fléchisseurs sont rétractés et paralysés.

La griffe par compression évolue vers la guérison au bout de plusieurs mois et parfois de plusieurs années ; M. Leveuf croit qu'il faut éviter, en tout cas, les redressements brutaux qui risquent d'aggraver les lésions.

Il faut donc distinguer les rétractions primitives et les rétractions secondaires dans la genèse des griffes de la main décrites toutes sous le nom de syndrome de Volkmann.

M. Desmarest a observé la guérison d'une griffe de compression.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 octobre 1941

Cancer ulcériforme et niche en plateau. — MM. Hillemand, Garcia Calderon et Nemours Auguste. — Projections des différents aspects des niches en plateau de Gutmann. Ces niches sont allongées, peu profondes, en retrait sur la petite courbure, limitées par un talus à pic. Elles seraient la projection de vastes ulcères cancéreux à cheval sur la petite courbure, susceptibles d'aboutir dans leur évolution, aux cratères cancéreux.

Résultats personnels dans le dépistage précoce du cancer de l'estomac par la méthode radioclinique de R.-A. Gutmann. — M. Guy Albot et Mme M. Parturier-Lannegrace montrent que la méthode radio-clinique de R.-A. Gutmann permet, parmi les images suspectes de cancer gastrique au début, de différencier les images cancéreuses des images bénignes. L'originalité de la méthode réside dans le test thérapeutique et dans l'étude évolutive des aspects radiologiques.

Les auteurs apportent cinq cas de cancers précocement dépistés : un petit cancer fibreux révélé par un « *aspect infiltré en baleine d, corset* » ; un épithélioma ayant donné une *infiltration circulaire* juxta-pylorique ; un petit ulcère cancérisé de la petite courbure *révélé* par une « *niche encastrée* » ; un cancer ulcériforme révélé par une « *niche à racines* » ; un cancer ulcériforme extériorisé d'abord par un « *aspect encastré* » méconnu en ville puis par une « *niche à ménisque* ».

Ils montrent trois faux cancers éliminés par la méthode radioclinique. Ils rapportent quatre erreurs de diagnostic où le cancer ne s'est pas confirmé à l'intervention qui ne montrait qu'un ulcère ; ils signalent que les ulcères de la région pylorique et prépylorique sont plus résistants au test thérapeutique que les autres ; il convient donc de prolonger celui-ci avant de conclure à l'existence de cancer, fait déjà signalé par R.-A. Gutmann. En bref, avant lui le diagnostic précoce de cancer gastrique n'était jamais fait si ce n'est par hasard ; grâce à sa méthode radioclinique il est devenu possible. (Discussion par Hillemand et Lœper.)

Syndrome de Laurence-Biell. — M. Lamy. — L'auteur présente un enfant atteint du syndrome en question, caractérisé par un tableau symptomatique fait de troubles visuels :

LES VITAMINES

Tableau synthétisant no

Par le Docteur François MOREL, A

DENOMINATION PRINCIPALE SYNONYMIES D'APRÈS : LEUR CONSTITUTION CHIMIQUE LEURS EFFETS PHYSIOLOGIQUES	PROPRIETES ESSENTIELLES SOLUBILITÉ OXYDABILITÉ THERMOSTABILITÉ	DOSAGE BIOLOGIQUE ET ETALONNAGE DOSAGES CLINIQUES	BESOINS JOURNALIERS DE L'ORGANISME
VITAMINE B_1 *Aneurine* ou *Thiamine* *Vitamine anti-béribérique ou anti-névritique*	*Soluble dans l'eau,* dans l'alcool. *Insoluble dans les graisses,* l'éther, le benzène, le chloroforme. Facilement oxydable Assez thermolabile	Dosage biologique surtout préventif accessoirement curatif Animal réactif : pigeon ou rat **Unité Internationale :** **1 U. I. = 3 γ d'aneurine** **= 0 mgr. 003 d'aneurine** (le γ est le 1/1.000 du milligr.) Cliniquement : Dosage chimique direct, colorimétrique	**1 milligr. 5** de vitamine B_1 soit 1.500 γ correspondant à 500. U. I.
VITAMINE B_2 *Lactoflavine* ou *Riboflavine* *Vitamine d'utilisation cellulaire*	Solubilité = Id. précédente Résiste à l'oxydation Thermostable	Dosage biologique : Rat jeune Unité internationale non fixée Cliniquement, dosages directs : chimique, colorimétrique ; et physique, spectrophotométrique.	**1 milligr. 5** de vitamine B_2 soit 1.500 γ
VITAMINE B_6 *Adermine* ou *Pyridoxine* *Vitamine anti-dermatosique*	Solubilité = Id. précédente Résiste à l'oxydation Thermostable	Dosage biologique : Rat (« Pellagre du rat ») U. I. non fixée	**2 milligr.** (?) de vitamine B_6 soit 2.000 γ
VITAMINE PP *Amide nicotinique* forme de stockage dans l'organisme, dérivé de l'acide nicotinique qui est la *provitamine* PP. *Vitamine anti-pellagreuse*	Solubilité = Id. précédente Résiste à l'oxydation Thermostable	Dosage biologique : Chien (« Langue noire » ou pellagre canine : stomatite ulcéreuse). Unité internationale non fixée En clinique : nicotamidémie et porphyrinurie	Besoins mal connus, mais relativement élevés si l'on tient compte des doses curatives de la pellagre : **50 milligr.** de vitamine PP soit 50.000 γ
VITAMINE C *Acide ascorbique* *Vitamine anti-scorbutique*	Solubilité = Id. précédente Très sensible à l'oxydation surtout en milieu alcalin ; *la plus instable des vitamines hydrosolubles* Très thermolabile	Dosage biologique : Cobaye jeune ou adulte **1 U. I.** **= 50 γ d'acide ascorbique** **= 0 mgr. 05 d'acide ascorbique** En clinique, dosages chimiques directs (réaction colorée) dans le sang et l'urine Epreuve de saturation. Intradermo-réaction.	Chez l'adulte : **75 milligr.** de vitamine C soit 75.000 γ correspondant à 1.500 U. I. Chez l'enfant, davantage : au minimum 2 milligr. par kilo corporel
VITAMINE P (?) *Citrine* ou *Hespéridine* *Vitamine de perméabilité capillaire*	Solubilité = Id. précédente ? ?	?	?

II. Vitamines hydrosolubles

SOURCES ALIMENTAIRES PRINCIPALES (CLASSÉES PAR ORDRE DE RICHESSE DÉCROISSANTE)	SYNDROMES CLINIQUES DE CARENCE (AVITAMINOSES) ET DE PRECARENCE (HYPOVITAMINOSES)	APPLICATIONS THERAPEUTIQUES FORMES. — POSOLOGIE
Levure de bière ; Germes de céréales, blé entier ; Foie cru, jaune d'œuf ; Graines légumineuses, farine lentilles ; Pois frais, oranges, citron ; Huîtres ; Châtaignes, pissenlit, graines de céréales ; Betterave, bette, figue sèche ; Carottes, chicorée, feuilles de radis ; Raisin sec, pruneaux, épinards, oseille ; Pain complet ; Persil, banane, cresson. *Le riz « poli » (c'est-à-dire décortiqué) n'en renferme pas du tout.*	*Avitaminoses franches : Béribéri* typique d'Extrême-Orient ; indigènes se nourrissant exclusivement de *riz poli*, souvent porteurs d'helmintes ou d'amibes ; paralysies, œdèmes, troubles cardiaques, mort. *Hypovitaminoses : Polynévrites ;* névralgies ; œdèmes des jambes des femmes enceintes ; gelures des pieds ; acrodynie infantile. Troubles du nourrisson et du jeune enfant : « Anorexie, constipation, ballonnement du ventre, amaigrissement » (mêmes manifestations chez le grand enfant et l'adulte).	Régime alimentaire riche en vitamine B_1 Levure de bière sèche (10 à 30 gr. par jour) ou extrait de levure (1 à 3 gr.) Aneurine cristallisée spécialisée (*Béneva, Bévitine, Vit.* B_1, etc.) : Doses fortes recommandées : **10 milligr.** par jour, de préférence par voie intraveineuse. Pas de risques de toxicité.
Levure, extrait de levure ; Foie cru, extrait de malt ; Jaune d'œuf, rognon, camembert ; Bette, aubergine, pruneaux ; Graines légumineuses, mâche ; Abricots secs, châtaignes, pois frais ; Blanc d'œuf ; Epinards, feuilles de radis, oseille, pissenlit ; Graines de céréales, choux, cresson, persil ; Lait (petit lait) ; Germes de céréales ; Huîtres.	*Avitaminoses* B_2 *: Rarement pures,* elles ont certainement une part dans les manifestations du Béribéri ou de la Pellagre. Elles interviennent également dans les troubles du métabolisme des glucides. *Hypovitaminoses :* Troubles de croissance du nourrisson (rougeur, desquamation, fissuration au niveau des lèvres : *perlèches*) ; Certains eczémas, certaines leucorrhées ; Maladie cœliaque ou infantilisme intestinal ; sprue.	Régime alimentaire riche en vitamine B_2 Levure de bière sèche ou extrait de levure (v. ci-dessus) Lactoflavine cristallisée spécialisée (*Lactoflavine, Vit.* B_2, etc.). Doses fortes recommandées : **10 milligr.** par jour, de préférence intraveineux.
Levure, froment, maïs. Foie, chair de poissons.	*Cliniquement :* chelosis des lèvres ; nervosité, insomnie ; *asthénie musculaire, fatigue à la marche.*	Vitamine B_6 synthétique : **50 milligr.** en injection.
Levure de bière ; Extraits de levure ; Germes de blé ; Viande fraîche maigre ; Foie, jaune d'œuf ; Lait, beurre ; Légumes (tomates, choux, etc.) ; *Les graines des maïs n'en renferment pas du tout.*	*Avitaminoses franches : Pellagre ;* populations se nourrissant exclusivement de *maïs* ; érythèmes et pigmentations, après exposition même minime au soleil ; stomatites ; troubles nerveux et mentaux ; porphyrinurie ; cachexie ; mort. *Hypovitaminoses :* Aphtes récidivants ; certains lupus érythémateux ; maladie des rayons X et du radium (avec porphyrinurie) ; troubles digestifs et cutanés variés.	Régime alimentaire approprié (viande, lait, œufs...) Levure de bière sèche ou extrait de levure Extraits hépatiques Amide nicotinique spécialisé (*Nicobion, Vit. PP*, etc.) : **100 à 600 milligr.** par jour, au besoin en injections. Soustraire les malades à la lumière solaire. Proscrire l'alcool.
Extraits de fruits d'églantier, d'aubépine ; Persil, paprika (piment ou poivron) ; Chou vert, cresson, oseille, feuilles de radis ; Pois frais ; choux de Bruxelles ; Orange, citron ; Epinards, bette, mâche ; Châtaignes, pissenlit, rutabaga ; Foie cru ; Pamplemousse, aubergine, chicorée, ail ; Poireau, tomate, céleri, endive ; Pomme de terre, radis.	*Avitaminoses franches : Scorbut* des adultes se nourrissant exclusivement de conserves ; *maladie de Barlow* ou scorbut des enfants nourris exclusivement au lait stérilisé : asthénie, anémie, hémorragies d'abord gingivales, puis généralisées, cachexie, mort. *Hypovitaminoses :* Fréquemment frustes et « inapparentes », rendues apparentes par des « facteurs de révélation » (croissance, grossesse, infections, intoxications, variations météorologiques) ; signes initiaux le plus souvent gingivaux ; asthénie ; douleur à la pression des condyles fémoraux.	Aliments riches en vitamine C (jus de citron à hautes doses, persil frais, etc.) Acide ascorbique synthétique cristallisé spécialisé (*Laroscorbine ou Redoxon, Vitascorbol, Vit. C*, etc.), **200 à 400 milligr.** par jour, au besoin en intramusculaires ou intraveineuses (soit 4.000 à 8.000 U. I. de Vit. C.). Aucun effet nocif à craindre.
Paraît très répandue ; existe à côté de la vitamine C dans : extrait de paprika (piment ou poivron) ; jus de fruits (orange, citron, etc.).	*Cliniquement :* Certains syndromes hémorragiques (purpuras vasculaires), non améliorés par l'acide ascorbique, mais au contraire guéris par le jus de citron, l'extrait de paprika.	Cf. ci-contre.

(Hémorragie progressive avec rétrécissement du champ visuel et présence à l'examen du fond de l'œil d'amas pigmentaires irréguliers) ;

D'obésité (prédominant sur les membres inférieurs avec arrêt de développement des organes génitaux) ;

D'arriération psychique très importante ;

De polydactylie : caractérisée par une malformation notable des extrémités (six doigts aux mains et aux pieds).

Ce syndrome serait héréditaire ? Encore que dans ce cas tous les parents et collatéraux aient été indemnes.

Un diagnostic de pithiatisme (maladie de Westphal). — M. Jean Delay. — Observation d'un soldat de 27 ans, atteint de crises pithiatiques, caractérisées par trois symptômes :

A) Quadraplégie motrice flasque : paralysie des quatre membres et des muscles lombaires, avec intégrité des nerfs crâniens ;

B) Abolition de tous les réflexes tendineux des membres avec intégrité des réflexes bulbo-protubérantiels ;

C) Inexcitabilité électrique totale des muscles paralysés avec excitabilité électrique des muscles de la face.

Ces crises duraient quelques heures, et étaient suivies d'une récupération parfaite de la motilité et de la réflectivité. Les parents et différents ascendants présentaient la même affection. Pathogénie non élucidée. Peut-être s'agit-il de vaso-constriction ?

Un cas de communication congénitale entre l'aorte et l'infundibulum pulmonaire. Endocardite maligne terminale. — MM. J. Girard, Catstelain et Mlle Noel. — Homme de 50 ans, porteur d'une cardiopathie congénitale, succombe en quelques heures à une endocardite infectieuse aiguë due au streptocoque hémolytique : à l'autopsie, on trouva une communication entre l'infundibulum de l'artère pulmonaire et l'aorte. Cette malformation anatomique est *très rare*, et n'aurait été rencontrée que trois à quatre fois.

Séance du 24 octobre 1941

Ulcère tuberculeux de la première portion du duodénum. Guérison opératoire. — MM. Albot, Delay, Le Caumet et Legrand. — Cas de tuberculose duodénale anatomique (*ulcus de la première portion*) guérie par exérèse, d'origine endogène, chez un malade présentant cliniquement des douleurs, des vomissements et un amaigrissement progressif, et atteint d'une tuberculose pulmonaire bacillifère. L'intervention chirurgicale (gastro-pylorectomie) amena une amélioration des lésions pulmonaires et de l'état bacillifère.

Un cas de pellagre. — M. Derot. — Observation d'un cas de pellagre avec keratose péri-pilaire des sillons nasogéniens, aménorrhée et dépression psychique. Du point de vue humoral, diminution des polynucléaires, lymphocytose, hypoprotidémie portant sur les globulines, le chlore globulaire étant augmenté aux dépens du chlore plasmatique.

Kyste géant du poumon gauche avec refoulement du cœur et du médiastin. — MM. Simonin, Louget, Holraison (de Nancy).

Huit nouveaux cas de sciatique rebelle par hernie méniscale postérieure opérés et guéris. — M. de Sèze. — Dans 70 % des cas observés on retrouve l'étiologie traumatique. La sciatique par hernie discale n'a aucun signe pathognomonique. Seule doit la faire admettre toute sciatique rebelle. L'épreuve du lipiodol de Sicard demeure le fait capital de la hernie discale. On doit réserver l'épreuve du lipiodol aux sciatiques graves pouvant nécessiter l'intervention chirurgicale, mais pour décider du traitement opératoire, on ne doit se fonder que sur le caractère rebelle de la sciatique.

Etude clinique et thérapeutique du diabète insipide syphilitique. — M. Raoul et Mme Kourilsky. — Les auteurs exposent les caractères de ce diabète, à savoir :

1° Précession de la polydipsie sur la polyurie, caractère fréquent dans ce diabète ;

2° Action peu marquée du traitement mercuriel sur la polyurie ;

3° Action aggravante du traitement bismuthique, alors qu'existaient des signes de méningite syphilitique ;

4° Existence de crises tabétiques, dues à une cholécystite non calculeuse.

Le diabète insipide était isolé réagissant à l'extrait hypophysaire et à la ponction lombaire.

Funiculite sciatique et hypertrophie du ligament jaune. — MM. de Sèze et Petit-Dutaillis. — C'est le premier cas de sciatique rebelle par hypertrophie du ligament jaune pure, sans lésion discale.

Les lésions anatomiques réalisaient le tableau de la funiculite de Sicard, secondaire à la compression par hypertrophie ligamentaire. En somme, l'épaississement des ligaments jaunes apparaît comme une conséquence des traumatismes imposés à la charnière lombo-sacrée par les excès de la station debout.

Trois cas parisiens de maladie des jeunes porchers. — MM. Coste, Morin et Mandel. — Il s'agit de trois cas de maladie des porchers dont deux avec réaction méningée, sans exanthème, provenant d'une porcherie de la région parisienne ; maladie assez fréquente, en Suisse, Jura, Haute-Savoie.

Transfusion médullaire. Son action antihémorragique au cours d'aleucie hémorragique. — MM. Giraud et Desmonts. — Les auteurs rapportent un cas ou, après trois transfusions de moelle sternale, le syndrome hémorragique a disparu. Les globules rouges sont passés de 750.000 à 1.000.000 et les leucocytes de 1.800 à 5.600.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 19 octobre 1941

La fonction de certains petits vaisseaux et ses troubles. — M. P. Bailliart. — L'élément musculaire artériolaire joue un rôle très important dans la circulation périphérique ; la contraction peut oblitérer en partie la lumière du vaisseau sans modification nette du calibre extérieur. C'est ce que montre l'examen des artérioles rétiniennes ; on peut y reconnaître, par l'élévation de la pression locale, la marque de l'action musculaire.

La suspension de la fonction cérébrale et rétinienne, son rétablissement instantané ne peuvent pas s'appliquer par l'arrêt de l'arrivée, puis le retour de l'oxygène. Deux facteurs physiques peuvent intervenir : ou la secousse systolique (pouls cérébral et oculaire) ou le courant électrique produit par tout fluide circulant dans un tube (J. Perrin).

Fibrillation auriculaire puis paralysie auriculaire permanente. — MM. C. Lian, J. Jacquet et R. Le Bozec. — Les auteurs analysent les anomalies curieuses du rythme auriculaire survenues chez un malade suivi pendant quinze ans : d'abord fibrillation auriculaire banale, puis fibrillation auriculaire uniquement visible dans les dérivations précordiales auriculaires (Lian et Golblin), enfin, depuis deux mois, absence complète et permanente d'accidents auriculaires visibles, tant dans les dérivations précordiales que dans les dérivations œsophagiennes.

Les auteurs passent en revue les rares observations antérieurement publiées de paralysie auriculaire, concernant, en général, des cardiaques très gravement atteints. Ils montrent que leur cas en diffère très nettement, tant au point de vue de l'évolution électro-cardiographique que de la signification pronostique.

Le retard variable des bruits artériels en sphygmomanométrie auscultatoire. Nouvelle technique de détermination auscultatoire de la tension minima. — M. C. Lian établit par toute une série de remarques cliniques et graphiques qu'en sphygmomanométrie auscultatoire les bruits artériels tensionnels sont en retard sur le début de la pulsation artérielle complète, telle qu'elle se produit en amont du brassard compresseur.

Ce retard atteint son maximum pour le bruit tensionnel correspondant à la tention maxima : selon les cas, il est de 4, 8, 15 ou même 20 centièmes de seconde. Puis il va en décroissant au fur et à mesure que la contre-pression dans le brassard s'éloigne de la valeur de la maxima pour se rapprocher de celle de la minima. Enfin, quand la contre-pression est égale à la valeur de la minima, le retard est nul, le bruit artériel est synchrone au début de la pulsation artérielle.

De toutes ces remarques cliniques, vérifiées par l'enregistrement des bruits artériels avec télestéthophone Lian-Minot, se dégage une technique nouvelle pour la détermination de la minima par la méthode auscultatoire. Elle consiste à ausculter l'artère en amont du brassard. On entend un bruit artériel pur, unique, au-dessus de *Mx*. A partir de *Mx* on entend deux bruits juxtaposés : le bruit de l'artère au-dessus du brassard, puis le bruit tensionnel de l'artère comprimée par le brassard. Au fur et à mesure qu'on s'éloigne de *Mx*, la sensation de dédoublement du bruit artériel est de moins en moins franche. Enfin, à la *Mn* on entend un bruit pur, unique.

Cette méthode d'auscultation artérielle en amont du brassard est à mettre en œuvre dans les cas où la détermination de *Mn* est difficile ou impossible par les techniques habituelles auscultatoire ou oscillométrique.

Etude radiologique des valvules cardiaques calcifiées. — MM. D. Routier, R. Heim de Balsac et G. Marquis. — Grâce aux progrès de la technique radiologique les auteurs présentent un certain nombre de cas de calcifications des valvules cardiaques décelées radiologiquement *in vivo*.

En radioscopie, avec un écran très lumineux, une forte pénétration, une forte intensité, une longue adaptation et à condition de diaphragmer et de localiser on observe déjà assez bien les ombres des valvules cardiaques calcifiées qui sont animées de mouvements extrêmement amples et complexes. Les radiographies à courte distance ou instantanées en fixent les caractères.

Ces constatations ne sont pas que des curiosités. La calcification des valvules aortiques peut être la propagation aux sigmoïdes d'un processus qui frappe la plus grande partie de l'aorte, ou atteindre, au contraire, les valvules seules et constituer la sténose calcifiée de l'orifice aortique. Les calcifications de la mitrale siègent sur les valves, les piliers ou l'anneau mitral. L'orifice devient alors rigide et, généralement, béant. Les auteurs en tirent des déductions pathogéniques quant à la réalité du reflux mitral ventriculo-auriculaire (insuffisance mitrale) qui dans ces cas, mais dans ces cas seulement, leur paraît à la fois incontestable et radiologiquement décelable.

Corps étranger du sinus cardio-diaphragmatique gauche. — MM. E. Donzelot et R. Heim de Balsac. — Les auteurs présentent l'observation d'un sujet porteur d'un éclat de verre ayant pénétré au niveau de la fosse sus-épineuse, lors d'une chute à la renverse sur une bouteille cassée, et situé entre la masse cardiaque et la coupole diaphragmatique gauche près de l'apex, au sein des formations fibro-graisseuses qui comblent l'angle cardio-diaphragmatique gauche.

Après avoir souligné la rareté de tel corps étranger à proximité du cœur et la bizarrerie de ce mode de pénétration, les auteurs insistent sur la tolérance extraordinaire de ce cas. Le sujet qui en est porteur n'accusant aucun trouble notable depuis l'accident qui remonte à quatre ans, ils discutent, en demandant l'avis de la Société, sur l'opportunité d'une ablation chirurgicale, qui, en l'état actuel de la chirurgie pumonaire, ne serait nullement impossible.

Endocardite d'Osler à forme méningée. Abcès latent du myocarde. — MM. Duvoir, Guy Poumeau-Delille et Mlle Lindeux. — Les auteurs rapportent l'observation d'une endocardite l'Osler à forme méningée.

Après administration de sulfamides, la méningite symptomatique a guéri, mais l'évolution de la maladie d'Osler n'a pas été modifiée, la malade est morte subitement trois semaines plus tard.

L'autopsie a révélé un assez volumineux abcès du myocarde intéressant la partie supérieure de la cloison et demeuré latent.

Arythmie complète transitoire au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu. — M. Ed. Doumer (Lille) apporte l'observation d'une crise d'arythmie complète survenue inopinément au cours d'un rhumatisme articulaire aigu extrêmement fruste, à peu près apyrétique, sans aucun signe d'atteinte rhumatismale de l'endocarde ou du péricarde. Ce trouble rythmique n'entraînait qu'une accélération très modérée de la fréquence des contractions cardiaques (90 pulsations par minute). Parfaitement toléré, ignoré du malade, il ne s'est accompagné d'aucun signe connexe d'insuffisance cardiaque et a disparu spontanément sans retour, confirmant le caractère habituellement fugace et bénin de l'arythmie complète dans le rhumatisme articulaire aigu.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 25 octobre 1941

Effets de l'ingestion de caséine et du régime déchloruré suivi de rechloruration sur certains œdèmes par carence alimentaire. — MM. H. Gounelle, R. Mande, M. Bachet et J. Marche, ont vu l'œdème de carence rétrocéder considérablement et même disparaître après un régime déchloruré, mais reparaître lorsque le sel est à nouveau ajouté à la ration. L'adjonction de caséine, même à doses importantes et répétées, n'influence pas notablement l'œdème, alors même que les taux des protides du sang redeviennent normaux.

Modifications fonctionnelles de la médullo-surrénale en rapport avec les variations de l'acide ascorbique. — MM. A. Giroud et M. Martinet, au cours de la carence C, ont pu montrer que la teneur en adrénaline s'accroissait, surtout, pendant la deuxième phase de la déficience vitaminique : l'insuffisance C détermine donc une hyperfonction médullaire alors qu'elle provoque une hypofonction corticale.

Antagonisme hormonal entre prégnéninolone et folliculine. — MM. R. Courrier et G. Poumeau-Delille montrent qu'il existe entre la folliculine et la prégnéninolone un antagonisme hormonal semblable à celui que Courrier mit en évidence autrefois entre la folliculine et la progestérone.

Les modifications de l'excitabilité nerveuse périphérique sous l'effet d'actions pharmacologiques localisées au cortex cérébral. — M. et Mme Chauchard et M. P. Chauchard ont vu le changement d'excitabilité qui résulte de l'application d'un excitant ou d'un dépresseur nerveux sur la zone motrice corticale, se transmettre au neurone moteur périphérique comme quand le toxique atteint l'ensemble des centres nerveux. Le phénomène nécessite l'intervention du système cervelet-noyau rouge véritable centre régulateur des aiguillages nerveux.

Causes d'erreur dans la mesure du diamètre des ultravirus par l'ultrafiltration. — M. C. Levaditi signale, dans l'estimation du diamètre moyen des éléments actifs des ultravirus (corpuscules ou macromolécules nucléoprotéiniques) certaines causes d'erreur dues à leurs variations quantitatives et qualitatives.

Le virus récurrentiel (*Spirochaeta duttoni*) **est-il ultrafiltrable?** — M. C. Levaditi a constaté que la présence d'un virus récurrentiel ultrafiltrable est plausible dans le sang des souris examinées à la période aiguë de la maladie ; mais la recherche d'un tel virus dans le cerveau des animaux sacrifiés à la phase chronique se heurte à des facteurs qui en faussent les résultats.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 21 octobre 1941

Le syndrome neuro-œdémateux épidémique. — M. Julien Marie rappelle les traits essentiels du syndrome et précise la possibilité de séquelles douloureuses. Il discute sa place dans la nosologie et le sépare du béribéri par l'inefficacité de la vitamine B ainsi que de l'œdème de famine associé à un syndrome neurologique intercurrent par l'absence d'hypoprotidémie. Il écarte enfin du syndrome tous les faits dans lesquels existe une atteinte rénale.

Tumeur cérébrale vasculaire décelée par l'auscultation du crâne. — MM. Julien Marie, Mallet et Ducourneau présentent un enfant de 3 ans dont l'auscultation cranienne révèle un souffle piaulant, disparaissant par compression du paquet carotidien droit et ayant son maximum d'intensité sur la région temporo-pariétale. Les radiographies craniennes montrent d'intenses impressions digitiformes ; le fond d'œil est normal. Les auteurs concluent à l'existence d'un angiome de l'artère sylvienne droite et préconisent un traitement radiothérapique éventuellement suivi de la ligature de la carotide primitive droite.

Maladie de Still. Rechute après guérison apparente. — M. Maurice Lamy relate l'observation d'un enfant de 7 ans atteint, depuis l'âge de 17 mois, d'une maladie de Still à évolution progressive jusqu'à la disparition rapide de tous les signes avec guérison apparente pendant deux ans. Une rechute est survenue et la maladie a repris son premier cours. Il semble qu'il y ait peu d'exceptions à la règle qui fait de la maladie de Still une affection incurable et mortelle, et l'auteur discute la valeur réelle des diverses thérapeutiques préconisées dont l'action est bien difficile à juger en présence de l'évolution irrégulière avec rémissions prolongées.

Deux nouveaux cas d'apoplexie séreuse par le sulfarsénol. — MM. Cathala et Laplane ont encore observé deux cas d'apoplexie séreuse au cours de traitements arsenicaux dont l'un au moins ne paraissait pas absolument justifié. Ils rappellent la toxicité élective du sulfarsénol pour le système neuro-végétatif et insistent sur la nécessité de n'employer cette thérapeutique qu'à bon escient.

Les manifestations pulmonaires des oto-mastoïdites du nourrisson. — MM. Cathala et Laplane ont constaté à l'autopsie d'enfants ayant succombé rapidement de catarrhe suffocant, en apparence primitif, l'existence de lésions oto-mastoïdiennes. Des cas cliniquement comparables, mais moins graves, et des œdèmes infectieux ont été, d'autre part, rapidement améliorés par la trépanation mastoïdienne. Ces manifestations pulmonaires ne sont d'ailleurs pas les seules complications viscérales des oto-mastoïdites et des lésions comparables, vraisemblablement d'origine vaso-motrice, peuvent se retrouver dans tous les organes.

Modifications de l'aspect radiologique des os chez un nourrisson de 2 mois dont la mère a reçu pendant la grossesse un traitement bismuthique. — MM. Levêque et Perrot ont vu, dans ce cas, des raies transversales au-dessus des épiphyses et au centre des os courts. Ils décrivent les modifications radiologiques dues à l'action du bismuth sur les extrémités osseuses en voie de croissance et rapportent une série de travaux étrangers concernant des aspects semblables produits par les traitements bismuthiques ou l'intoxication saturnine.

Un nouveau cas de syndrome ictéro-anémique du nouveau-né. Transfusions. Guérison. — MM. Cl. Launay, Schneider et Umdenstock rapportent l'observation d'un nouveau-né, d'une famille d'ictériques, atteint successivement de subictère avec forte érythroblastose, puis d'anémie grave, qui guérit complètement après des transfusions sanguines répétées. Ils insistent sur les circonstances étiologiques qui permettent d'incriminer vraisemblablement un des générateurs, l'autre ayant eu, au cours de deux mariages antérieurs, des enfants normaux. Des cinq enfants de la troisième union, deux étaient ictériques et sont morts, le troisième, né prématuré, a succombé et le quatrième était mort-né. Seul le cinquième a pu être suivi et traité précocement : l'érythroblastose était chez lui embryonnaire et s'oppose formellement aux érythroblastoses secondaires qu'on peut voir au cours de diverses affections morbides des premières semaines de la vie.

THÈSES DE PROVINCE (1)

THESES DE MEDECINE DE LYON

(Suite et fin)

Année scolaire 1939-1940

175. — Peyrache. — *Formes nerveuses des myélomes multiples* (68 p.).
188. — Pézerat. — *La prophylaxie chimique du paludisme par les produits synthétiques* (43 p.).
U. 525. — Pinatzis. — *La perforation de la lame sus-optique. Procédé de traitement de l'hydrocéphalie interne par drainage du 3e ventricule.*
162. — Porra. — *L'anesthésie chez le blessé gazé* (40 p.).
89. — Portanéry. — *Les cavernes soufflées sous le pneumothorax* (80 p.).
15. — Post. — *L'estomac en cascade et son syndrome douloureux spécial. Dyspepsie douloureuse de décubitus.*
142. — Praud. — *Contribution à l'étude de l'actinomycose génitale chez la femme* (48 p.).
40. — Prost. — *Sarcomes conjonctivo-musculaires des membres et blessures de guerre.*
32. — Prunier. — *Etude de vingt-deux thoracoplasties avec abaissement du sommet (opération de Semb).*
125. — Pugeat. — *Contribution à l'étude du traitement des abcès cérébraux par la méthode de Clovis Vincent* (40 p.).
8. — Pupunat. — *Huit observations d'accidents gravido-cardiaques. Statistique de la clinique obstétricale, 1934-1935.* (Travail de la clinique obstétricale du Prof. Voron).
156. — Quéméner. — *Contribution à l'étude des para-mastoïdites temporo-zygomatiques à forme torpide* (60 p.).
100. — Rabaste. — *Les cavernes soufflées. Considérations pathogéniques et thérapeutiques* (36 p.).
94. — Raillère. — *Contribution à l'étude du rhumatisme scarlatin* (48 p.).
119. — Rebatel. — *Les hémorragies cérébrales d'origine émotionnelle* (52 p.).
202. — Recourat-Chorot. — *La maladie de Basedow d'origine émotionnelle. Etude médico-légale* (55 p.).
83. — Remond. — *A propos des péritonites par injections intra-utérines de lait. Contribution à l'étude des complications de l'avortement* (32 p.).
68. — Reverzy. — *Considérations anatomo-cliniques sur l'épithélioma du rein chez l'enfant.*
147. — Révis. — *Les septicémies à staphylocoques. Contribution à l'étude générale et au traitement par l'anatoxine staphylococcique* (79 p.).
57. — Reymond. — *Etude anatomique, physiologique, pathogénique et séméiologique, à l'occasion de la constatation du signe d'Argyll Robertson dans un cas de zona ophtalmique.*
29. — Reynaud-Paligot. — *Endocardite infectieuse et aortite syphilitique.*
66. — Ricard. — *Contribution à l'étude de la cystectomie totale pour cancer. A propos d'une observation.*
60. — Richard. — *L'atteinte du système nerveux central au cours de la périartérite noueuse.*
61. — Rodallec. — *La lutte contre l'avortement criminel en France.*
59. — Rosan. — *Contribution à l'étude des troubles artériels liés aux phlébites et des interventions chirurgicales dirigées contre les phlébites du membre inférieur.*
153. — Rossi. — *Contribution à l'étude du traitement de la fièvre ondulante. Résultats obtenus avec la carboxy-sulfamido-chrysoïdine (rubiazol II) seule ou associée à la vaccinothérapie* (52 p.).
86. — Rousselet. — *Contribution à l'étude de l'épreuve de Rotter comme test de carence C utilisable dans l'armée* (55 p.).
190. — Roy. — *Contribution à l'étude du kala-azar autochtone. A propos des deux premières observations lyonnaises* (52 p.).
42. — Rubinsztejn. — *De l'incision du cul-de-sac sous-quadricipital dans certaines variétés d'arthrites suppurées du genou.*
182. — Saillour. — *Contribution à l'étude des formes cliniques des polyradiculo-névrites* (54 p.).
45. — Saint-Dizier. — *Les formes myosito-névritiques de la maladie de Kussmaul.*
178. — Saintot. — *La radiotomie et le repérage des projectiles de guerre* (64 p., fig.).
140. — Salama. — *Le pseudo-trachome tuberculeux. Sa forme kérato-panneuse* (64 p.).

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 1941 : Marseille nos 63-64, Montpellier nos 69-70, Hanoï nos 71-72, Nancy nos 73-74, Bordeaux nos 77-78, Strasbourg nos 79-80, Toulouse nos 81-82, Lyon nos 87-88, 89-90.

191. — Saubesty. — *Les hémorragies dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de soude* (35 p.).
1. — Saunion. — *Un cas de tumeur métastatique du maxillaire supérieur d'origine surrénale. Contribution à l'étude des tumeurs du maxillaire supérieur.*
U. 537. — Sayed (Chalabi). — *L'ankylostomiase en Afrique du Nord* (55 p.).
166. — Schmitter. — *Les adénopathies satellites de la syphilis tertiaire cutanée ou muqueuse* (59 p.).
76. — Schneider. — *Sur un point de technique de l'extirpation des varices du membre inférieur.*
82. — Seigle. — *Contribution à l'étude des côtes cervicales* (48 p.).
U. 535. — Sérafi. — *La thoracoplastie avec libération du sommet suivant la technique de Carl Semb* (106 p., fig.).
176. — Seux. — *Contribution à l'étude de la lymphosarcomatose localisée de Kundrat* (68 p.).
Shalaby (Sayed) : voir Sayed (Chalabi).
97. — Siraudin. — *Contribution à l'étude du traitement des méningites cérébro-spinales par le sérum et les sulfamides.* (Travail de la clinique des maladies infectieuses : Prof. J. Chalier.) [75 p.].
U. 538. — Spier. — *Contribution à l'étude de l'appendicite provoquée par les oxyures (Enterobius vermicularis).* [58 p., fig.].
150. — Stagnara. — *Intoxications par le colchique d'automne et ses dérivés. Etude clinique* (76 p.).
23. — Stoïko. — *Les lipomes du corps calleux.*
46. — Tarare. — *Sur la broncho-spirochétose. Une forme clinique nouvelle.*
133. — Taxil. — *Remarques sur le traitement de la méningite cérébro-spinale à méningocoque de l'enfant par les sulfamides* (39 p.).
177. — Terneau. — *Les méningites purulentes. Complication des sinusites de la face* (78 p.).
192. — Tétart. — *Le passage de la toxine tétanique dans le sang* (48 p.).
Tewfik (Narouze) : Voir Narouze (Tewfik).
196. — Thavaud. — *Etude sur vingt observations d'hystérotomie basse conservatrice* (du 1er septembre 1939 au 11 mai 1940). [Travail de la clinique obstétricale du Prof. Voron : hôpital Edouard-Herriot, Lyon.] (55 p.).
138. — Thomas (André). — *Contribution à l'étude de la forme ictérique du cancer primitif de la vésicule biliaire* (60 p.).
129. — Thomas (Jean). — *Contribution à l'étude du traitement médical des épanchements pleuraux purulents surinfectés du pneumothorax artificiel* (52 p.).
16. — Touboul. — *Deux cas de carotinémie d'origine alimentaire.*
3. — Toussaint. — *Contribution à l'étude spectrophotométrique de l'ultrat-filtrat du sérum sanguin. De la rétention azotée chez les néphrétiques.* (Travail du Laboratoire de chimie médicale : Prof. Florence).
37. — Trillat (Mme), née Monod. — *Un cas de monstre cyclo-rhino-stomocéphale. Contribution à l'étude de la cyclopie.* (Travail de la maternité de l'Hôtel-Dieu, service du Dr P. Trillat).
121. — Turck. — *Contribution au traitement d'urgence des accidents cérébraux aigus de l'alcoolisme* (68 p.).
137. — Valette. — *Les septicémies à staphylocoques blancs* (48 p.).
81. — Vallon. — *Contribution à l'étude des injections lentes et continues d'une solution glucosée et alcoolisée par voie endo-veineuse* (48 p.).
33. — Vanderhasselt. — *Adénites mésentériques aiguës cliniquement primitives.*
105. — Venator. — *Le pneumopéritoine thérapeutique (P. P.) chez les tuberculeux. Indications pulmonaires et intestinales* (95 p.).
72. — Veysset. — *Contribution à l'étude des septicémies à bacille pyocyanique. A propos d'un cas d'endocardite infectieuse à bacille pyocyanique.*
118. — Vignon. — *Rôle et influence de l'émotion sur l'apparition et l'évolution du diabète sucré* (80 p.).
126. — Vignon-Cointat. — *De la sérothérapie par le sérum normal de porc dans le traitement post-opératoire des appendicites gangréneuses* (43 p., graph.).
38. — Vincent (Eugène). — *Trois cas d'oblitération du carrefour aortique. Réflexions cliniques et thérapeutiques.*
67. — Vincent (Gaston). — *Réflexions sur les intoxications et les incidents dus aux sulfamides. Conclusions pratiques.*
184. — Viriot. — *Contribution à l'étude des hémothorax dans leurs rapports avec le pneumothorax artificiel ou spontané* (104 p.).
193. — Voegtlin. — *Effets des sections et des destructions médullaires sur l'évolution du tétanos* (55 p.).
87. — Vuillermet. — *La panarthrite engainante. Les hommes en bois* (96 p.).
62. — Wellhoff. — *Pneumothorax à froid en milieu sana-*

torial. Utilité d'un stade d'observation avant la création de certains pneumothorax. (Travail du sanatorium « Le Mont-Blanc », à Passy (Haute-Savoie) : Dr Jacques Arnaud, médecin-directeur).

U. 552. — Yahya (Mahmoud). — *Diagnostic différentiel entre la dengue et la fièvre de trois jours* (48 p.).

Yousef (Guirguis) : Voir Guirguis (Youssef-Gorgy).

U. 531. — Youssef (Aziz-Youssef). — *Recherches sur l'état vasculo-sanguin, le myélogramme et d'adénogramme au cours des accidents sériques dans la diphtérie.* (Travail de la clinique des maladies infectieuses : Prof. J. Chalier.)

INFORMATIONS

(suite de la page 902)

Ecole de Médecine de Poitiers. — M. le Dr Veluet, directeur de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Université de Poitiers, est renouvelé pour une période de trois ans, à compter du 1er septembre 1941, dans ses fonctions de directeur de cette école. (*J. O.*, 2 novembre 1941.)

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Inspection médicale de la santé. — Par arrêté, en date du 21 octobre 1941, M. le Dr Prades, ancien inspecteur d'hygiène du territoire de Belfort, est reclassé en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé de 1re classe (39.000 francs) et affecté au département de la Lozère.

Par arrêté, en date du 21 octobre 1941, M. le Dr Grand, médecin inspecteur de la santé, en position de disponibilité, est réintégré dans le cadre en qualité d'inspecteur de 2e classe (50.000 francs) et affecté au département de l'Ardèche.

Par arrêté, en date du 21 octobre 1941 : M. le Dr Vernus, inspecteur adjoint de Saône-et-Loire, est affecté au département de la Vienne et chargé des fonctions d'inspecteur ; M. le Dr Alaroze, inspecteur adjoint de Maine-et-Loire, est affecté au département des Deux-Sèvres et chargé des fonctions d'inspecteur ; M. le Docteur Dubas, inspecteur adjoint d'Eure-et-Loir, est affecté au département du Loiret et chargé des fonctions d'inspecteur ; M. le Dr Porte, inspecteur adjoint de Saône-et-Loire, est chargé des fonctions d'inspecteur de ce département.

Par arrêtés, en date du 21 octobre 1941, sont affectés : au département de Vaucluse, M. le Dr Abbal, inspecteur adjoint de Seine-et-Marne ; au département des Basses-Pyrénées (zone occupée), M. le Dr Lavoine, inspecteur adjoint du Loiret. (*J. O.*, 1er novembre 1941.)

La « légitimation adoptive ». — Le *Journal Officiel* publie la loi du 8 août 1941, qui ouvre à tous les enfants abandonnés la « légitimation adoptive » par les ménages sans enfant.

En France, dans les dernières années, l'Assistance recueillait 10.000 pupilles à peine, alors que les avortements supprimaient 500.000 naissances, soit une naissance sur deux grossesses. La perspective d'une légitimation adoptive pour l'enfant sauvé retiendra dans leur devoir naturel nombre de défaillantes de la maternité.

La « Fondation d'Heucqueville » a reçu mission de recueillir, en vue d'adoption, les nourrissons abandonnés, de forte constitution et d'ascendance pure. On signalera tous les cas à Paris, au siège social de l'Œuvre, 81-85, boulevard de Montmorency, avec dossier héréditaire et médical.

Société Française de Gynécologie. — Lors de sa dernière séance à la Faculté de Médecine, après la présentation par M. Maurice Fabre, d'un rapport sur *Les sports chez la jeune fille et la femme,* La Société Française de Gynécologie s'est prononcée favorablement pour la pratique de la culture physique et de certains sports médicalement contrôlés. Par contre, estimant que les excès sportifs engendrent des troubles graves dans l'organisme de la femme et apportent souvent un obstacle à l'accomplissement de son devoir de maternité, *elle a condamné à l'unanimité les championnats féminins et demandé leur suppression.*

Ecole Homéopathique de Paris (Année 1941-1942). — Les conférences de l'Ecole Homéopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la science homéopathique, reprendront deux fois par semaine à l'hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires, à Paris (15e) (métro : Volontaires), à 18 heures, à partir du 14 novembre.

L'enseignement de l'Ecole Homéopathique de Paris est entièrement gratuit. La bibliothèque de l'hôpital Saint-Jacques met à la disposition du Corps médical, les livres et revues homéopathiques et est ouverte tous les jours non fériés, samedi excepté, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 18 heures.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N[os] 93-94. — 19-22 NOVEMBRE 1941 114[e] ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :



49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6[e].** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6[e]) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — JURY DU CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — *Section de Médecine* : MM. Nicaud, de Brun du Bois Noir, Degos, Laporte, M. le Prof. Abrami.

Section de Chirurgie et d'Accouchement : MM. Ombrédanne Marcel (O. R. L.) ; Houdard, Merle d'Aubigné et Wilmoth (chirurgiens) ; Sureau (accoucheur).

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours. — Un concours pour six places d'*internes titulaires* et six places d'internes provisoires sera ouvert le mercredi 17 décembre 1941, à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes (14[e]).

Les épreuves sont au nombre de deux et toutes deux théoriques : une écrite, comprenant trois questions (anatomie avec ou sans physiologie, pathologie interne et pathologie externe), 45 points ; une orale, comprenant deux questions (pathologie externe et pathologie interne), 20 points.

Les internes titulaires en fonction, reçoivent un traitement annuel de 9.000 francs la première année, 10.080 francs la deuxième, 11.520 francs la troisième et 13.320 francs la quatrième. Ils reçoivent, en outre, une indemnité de nourriture de 3.600 fr. par an.

Pour les renseignements et demandes d'inscriptions, s'adresser au bureau de la Direction, 66, rue des Plantes, les lundis, mercredis et samedis matin, de 10 h. 30 à 12 heures, ou les jeudis et samedis après-midi, de 15 à 17 heures, jusqu'au 6 décembre inclus, dernier délai d'inscription.

Faculté de Médecine de Toulouse. — Sont nommés agrégés, les agrégés institués le 30 août 1939 : MM. Jacques Fabre, médecine générale ; Virugue, chirurgie générale.

Ecole de Médecine de Besançon. — M. Arcay, professeur suppléant de physique médicale, est prorogé pour un an, à dater du 16 novembre 1941.

M. Jacques Boy est chargé de l'enseignement de la bactériologie.

Ecole de Médecine de Caen. — M. Collin, professeur de médecine expérimentale, est nommé professeur de pathologie interne, à dater du 1[er] octobre 1941.

M. Pierre Guibé, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'anatomie, à compter du 1[er] octobre 1941.

M. Porin, professeur suppléant de clinique et pathologie médicale est nommé professeur de médecine expérimentale, à compter du 1[er] octobre 1941.

Ecole de Médecine de Dijon. — M. Pichat, chargé de cours de bactériologie, est nommé professeur d'hygiène et de bactériologie, à compter du 1[er] octobre 1941 (M. Charpentier, retraité).

Ecole de Médecine de Limoges. — Par arrêté, en date du 6 septembre 1941, M. de Léobardy, professeur de clinique médicale à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Limoges, est nommé, pour trois ans, à compter du 1[er] octobre 1941, directeur de cette école.

Par arrêté, en date du 7 novembre 1941, M. Marchand, directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Limoges, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé directeur honoraire à cette école.

Ecole de Médecine de Reims. — M. Adam est chargé du service de la chaire de clinique obstétricale (M. Buisson ret.) ; M. Pol Bertrand, chef de travaux de chimie PCB. Sont renouvelés les cours de : MM. Perrin, méd., parasitologie ; Telle, pharmacie ; Bouillot, prof., chimie médicale ; Watier, botanique ; Leulier, toxicologie ; Marcq, chimie pharmacie et matière médicale ; M. Marcel Hugueny, est chargé d'enseignement, chaire anatomie patholgique (M. Techoueyres ret.).

Ecole de Médecine de Rennes. — M. Massot, professeur suppléant, est nommé professeur de clinique médicale (M. Le Damany ret.) ; M. Leroy, est nommé professeur d'hygiène générale et appliquée (M. Le Guyon démis.) ; M. Le Gal Lassalle est nommé professeur de clinique chirurgicale (M. Hardouin ret.) ; M. Baudet est nommé professeur de clinique chirurgicale et obstétricale. Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Pierre Le Damany, et Paul Hardouin, prof. ret.

Ecole de Médecine de Rouen. — M. Née, professeur de clinique médicale (M. Devé ret.).

Université de Grenoble. — Par arrêté, en date du 7 novembre 1941, M. Jacques Chevalier, doyen de la Faculté des Lettres de l'Université de Grenoble, est nommé vice-président du Conseil de cette université.

Faculté de Pharmacie de Montpellier. — Par arrêté, en date du 7 novembre 1941, M. Mousseron, ancien professeur à la Faculté de Pharmacie de l'Université de Montpellier, transféré à la Faculté des Sciences, est nommé professeur honoraire à la Faculté de Pharmacie.

Académie de Médecine. — Dans sa séance du 18 novembre 1941, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la IVe section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

M. le Professeur Courrier, du Collège de France, a été élu par 55 voix sur 75 votants ; M. Hazard a obtenu 8 voix ; M. Giroud, 1 voix, M. Ledoux-Lebard, 1 voix.

Mme Phisalix qui ne figurait pas sur la liste de présentation a obtenu 11 voix.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Par décret, en date du 28 octobre 1941, M. le Dr Le Bourdelles, professeur d'épidémiologie au Val-de-Grâce, est nommé directeur régional de la Santé et de l'assistance en résidence à Orléans, en remplacement de M. Lanquetin, appelé à d'autres fonctions.

(*J. O.*, 8 novembre 1941.)

Inspection de la Santé. — Par arrêté du 28 octobre 1941, M. le Dr Mutelet, inspecteur adjoint de l'Ariège, non installé, est affecté au département du Gard. (*J. O.*, 12 nov. 1941.)

Contre l'alcoolisme national. — Le Professeur Laignel-Lavastine, de l'Académie de Médecine, a consacré la leçon inaugurale du Centre d'Etudes de la Fondation d'Heuequeville, à l'*alcoolisme*, premier facteur de dégénérescence de notre race.

Devant le tableau qu'il a dressé du foyer infernal du buveur, de la déchéance de sa femme et de tous ses descendants, la longue carence du législateur étonne.

Vins et alcools, responsables d'un grand nombre de crimes, suicides, internements, requièrent des mesures extraordinaires.

Clinique de neuro-chirurgie de l'hôpital de la Pitié. — M. le Professeur Clovis Vincent a commencé ses démonstrations de neuro-chirurgie, le 29 octobre 1941. Il continuera son enseignement à la clinique de neuro-chirurgie (hôpital de la Pitié), les mercredis et samedis suivants, à 9 heures.

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre le décès de Mme Monthus, née Lucie Menière. Nous prions son mari, le Dr Monthus, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, de recevoir l'expression très affectueuse de notre douloureuse sympathie.

On annonce la mort à l'âge de 90 ans du Dr Dautheville, de Chomérac (Ardèche). Ce vénéré confrère a mené, pendant plus de soixante ans, la rude vie de médecin de campagne. Sa bonté et sa charité étaient proverbiales.

Que ses enfants et notre confrère, le Dr Henri Aurenche, son parent, veuillent bien trouver ici l'expression de nos condoléances émues.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les licences de remplacement

Paris, le 28 octobre 1941.

Le Secrétaire d'Etat
à l'Education Nationale et à la Jeunesse
(Enseignement supérieur, 2e bureau)

M. le Recteur de l'Académie de Paris,

Je viens d'être avisé par le Président du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins que des « Licences de remplacement » viennent d'être créées pour les étudiants en médecine remplissant les conditions légales. J'ajoute que ces licences seront délivrées par le Conseil départemental sur présentation d'une attestation indiquant le nombre d'inscriptions de l'étudiant et que, valables pour toute la France, elles devront être enregistrées au Conseil départemental du lieu de remplacement.

Je vous serais obligé de vouloir bien porter cette décision à la connaissance de M. le Doyen de la Faculté de Médecine.

Pour le Secrétaire d'Etat et par autorisation,
Pour le Directeur de l'Enseignement Supérieur,
L'inspecteur général adjoint au Directeur :
Lecouturier.

Copie transmise à M. le Doyen de la Faculté de Médecine.
Paris, le 29 octobre 1941.

Le recteur :
Gilbert Gidel.

Ordre National des Médecins

Le Conseil Supérieur de l'Ordre National les Médecins communique la note suivante (n° 1081-Cab), émanant de la *Direction du Service de Santé*, région de Paris :

« L'attention de la Direction du Service de Santé de la Région de Paris a été appelée sur le sentiment d'inquiétude suscité parmi les médecins de réserve de la France occupée et les internes des Hôpitaux de Paris, par des demandes de renseignements ou des convocations qui leur ont été adressées par le Bureau du personnel de la Direction. Cette inquiétude semble résulter d'une erreur d'interprétation, qui a fait croire aux intéressés que les recherches entreprises avaient pour but des désignations pour participer à la relève en cours des médecins prisonniers en Allemagne. Cette interprétation est tout à fait erronée. Les recherches en question n'ont pour but que la mise au point exacte de la situation de chacun pour l'établissement du fichier du personnel. Elles sont complètement indépendantes de la désignation des médecins qui seront destinés à la relève en Allemagne.

« Cette dernière question fait l'objet de dispositions spéciales. Il est par ailleurs entendu, d'accord avec le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins, qu'il sera pourvu à cette relève :

« 1° Par priorité, par des médecins militaires du cadre actif provenant de la zone occupée et de la zone non occupée ; cette dernière fournira, dans un délai très rapproché, pour la relève qui est actuellement envisagée, un appoint très important.

« 2° Par des médecins volontaires ;

« 3° Pour le complément nécessaire, par des médecins désignés par le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins. »

Signé : Le Médecin-Général Fribourg Blanc
Directeur du Service de Santé
de la Région militaire de Paris.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE INFANTILE

par M. L. BABONNEIX
Membre de l'Académie de Médecine

La prophylaxie consiste essentiellement à soustraire l'enfant, par l'*isolement*, à toutes les chances de contamination et à lui *procurer une certaine immunité par l'emploi d'une vaccination appropriée.*

MESURES D'ISOLEMENT

L'isolement du *grand enfant* est réalisé par l'*Œuvre de préservation de l'enfance*, qu'a fondée, en 1903, le professeur J. Grancher et qui porte justement son nom. Dérivant des recherches de Pasteur sur la sériciculture, elle se propose de sauver la graine humaine en la séparant, le plus tôt possible, du milieu contaminé.

Il faut, pour cela, commencer par *effectuer la sélection des enfants sains appartenant à des familles tuberculeuses.* Cette sélection est l'œuvre des dispensaires antituberculeux qui envoient au sanatorium ceux qui sont porteurs de lésions actives, au préventorium ceux chez qui elles sont latentes, et réservent à l'Œuvre Grancher les enfants reconnus sains après examen clinique, biologique et radiologique, dont fait foi un certificat médical.

Les enfants sont *placés individuellement à la campagne*, dans des familles saines et honorables, sous la surveillance du médecin directeur du *foyer*. Ils y restent, en principe, jusqu'à 13 ans, s'ils ne sont pas, auparavant, réclamés par leur famille. On les oriente alors vers une profession agricole et on s'arrange pour que le médecin ne les perde pas de vue et continue à exercer sur eux une influence non seulement professionnelle, mais morale.

Les résultats de cette méthode ont été si remarquables que MM. L. Bernard et R. Debré ont eu l'idée de procéder de même pour les *enfants du premier âge*, en créant l'*Œuvre de placement familial des tout petits*, qui, elle aussi, rend d'immenses services et qui comprend :

Un service de dépistage des parents, femmes enceintes surtout ;

Des maternités qui gardent la liaison avec ce service et où, dès la naissance, chaque bébé, isolé de tout contact avec sa mère, est placé dans une crêche dont il ne sort que pour être expédié à la campagne, dans une famille de paysans, où il reçoit régulièrement la visite des médecins et des infirmières ; à proximité, se trouve un dispensaire de puériculture, de façon à ce que le bébé puisse être suivi et, s'il y a lieu, soigné. Il y reste jusqu'à quatre ans, et est alors, selon les cas, rendu à sa famille ou confié à une œuvre.

La *prophylaxie de la tuberculose à l'école où à l'atelier* doit se préoccuper de dépister et d'isoler tous ceux : maîtres, agents du personnel, élèves, qui peuvent être atteints de tuberculose : c'est l'œuvre du médecin inspecteur des écoles, qui veillera aussi à l'hygiène des locaux, trop souvent utilisés pour des fins électorales (R. Debré et M. Lelong). Il utilisera, pour le dépistage, toutes les méthodes : anamnestique, clinique, radiologique, biologique, celle-ci consistant en l'usage systématique de la cuti-réaction, avec interprétation correcte des résultats qu'elle donne (1). Ces mesures, M. le Professeur G. Roussy a justement proposé de les pratiquer systématiquement chez tous les écoliers et étudiants, en constituant, pour chacun d'eux, un dossier médical, toutes précautions étant prises pour éviter la violation du secret professionnel.

VACCINATION ANTITUBERCULEUSE. — Chez l'homme, il existe une immunité spontanée, dont témoignent, d'une part, la *loi de Marfan*, d'après laquelle les sujets atteints d'une tuberculose ancienne : ganglionnaire ou cutanée, sont immunisés contre toute infection tuberculeuse nouvelle, à condition qu'elle ne soit pas massive, de l'autre, la constatation, chez la plupart des adultes, d'une cuti-réaction positive. Cette immunité, pourquoi ne pas essayer de la réaliser par la vaccination?

C'est la question qu'ont tenté de résoudre MM. A. Calmette et Guérin. Pour ce faire, ils ont d'abord posé en principe que, pour produire l'immunité sans provoquer d'accidents, il fallait une infection non virulente, mais persistante, à l'aide d'un bacille ayant perdu son pouvoir tuberculigène, tout en conservant ses propriétés antigéniques et immunisantes.

Après bien des recherches, ils ont trouvé un bacille tuberculeux spécial (B.C.G.) qui, poussé sur milieux biliés, possède les propriétés tinctoriales et culturales du bacille de Koch, jouit d'un indiscutable pouvoir antigénique et allergisant (Valtis, Nélis, Saenz) qui, par conséquent, est capable d'immuniser, mais qui est devenu incapable de provoquer, par réinoculation, des tubercules réinoculables en série.

Depuis sa première application à l'homme (B. Weill et R. Turpin) (1924), il a été l'objet de discussions passionnées. Sans doute, quelques-uns des enfants correctement vaccinés au B.C.G. peuvent-ils faire, par la suite, une tuberculose évolutive. Le fait, *d'ailleurs très rare*, suffit-il à condamner la méthode? Nous ne le croyons pas. Il est, en effet, passible de deux explications. Tantôt l'enfant a-t-il été remis trop tôt au contact de tuberculeux, alors qu'il se trouvait à la phase négative, qui dure environ trois mois. Tantôt, il a été l'objet d'une infection à bacille bovin, et non humain. Et quelle est la vaccination qui ne compte quelques échecs? D'une manière générale, il est *très bien*

---

(1) Chez un sujet sain, l'injection de tuberculine reste sans effet, tandis que, chez les tuberculeux, elle produit un ensemble de réactions :

Générales : hyperthermie violente, mais passagère ;

Focales, aboutissant à l'extension des lésions préexistantes ;

Locales, se produisant au lieu même de l'injection, et bien étudiées par VON PIRQUET (1907) à l'aide de la *cuti-réaction*.

Pour la pratiquer, faites, à la face externe du bras, deux scarifications linéaires séparées par un intervalle de 3 à 4 cm. Sur la première, déposez une goutte de tuberculine brute. Quant à la seconde, on ne dépose rien à sa surface et elle sert de témoin. Laissez sécher cinq minutes et attendez 48 heures pour lire les résultats.

Rien n'apparaît à l'endroit inoculé : elle est dite *négative*. Est-elle *positive*, il se développe, en cet endroit, une papule rouge qui, dans les cas intenses, peut devenir vésiculo-œdémateuse ou même phlycténulaire ; d'autres fois, elle consiste en une simple macule de teinte livide (*réaction cachectique*) ou prend la forme dite en cocarde (E. MANTOUX, Ed. RIST).

A la cuti-réaction, M. E. MANTOUX a proposé (1908) de substituer l'*intradermoréaction*, plus sensible, mais aussi plus difficile à pratiquer, parce qu'elle nécessite l'emploi d'une seringue graduée, d'une aiguille spéciale et d'une solution diluée de tuberculine : 1 cm³ de la tuberculine de l'Institut Pasteur dans 49 cm³ de sérum physiologique, dont on injecte une goutte à la face antérieure de la cuisse.

La cuti-réaction négative s'observe, disait-on encore récemment, seulement dans trois conditions : que l'enfant soit sain, qu'il se trouve à la période antéallergique, véritable période d'incubation s'écoulant entre l'introduction du bacille de Koch dans l'organisme et l'apparition du premier symptôme, celui-ci étant constitué par une cuti-réaction positive (R. DEBRÉ, J. JACQUET et PARAF), ou qu'il soit placé, de par certaines circonstances (fièvre éruptive, cachexie) en état d'*anergie*. Tout récemment (v. *Gazette des Hôpitaux*, nos 25-26, 26-29 mars 1941, p. 245), on en a admis une quatrième : la guérison de la tuberculose (P. AMEUILLE), mais cette théorie est loin d'être admise par tous (Et. BERNARD, Ed. RIST).

Positive, elle témoigne d'un état d'*allergie*, l'allergie étant (v. PIRQUET) l'ensemble des modifications que produit une secundo-vaccination, qui agit sur l'organisme autrement que la première : « Elle en diffère par la rapidité de réaction, qui est « accrue, par la sensibilité, puisqu'il y a hypersensibilité, et par « le résultat, puisqu'il y a immunité » (Ed. RIST). Elle signifie lésion tuberculeuse, sans fournir, d'ailleurs, d'indication sur le siège et sur la gravité de cette lésion.

La distinction entre l'allergie et l'anergie importe d'autant plus que, « si c'est l'anergie qui expose, c'est l'allergie qui protège » (Ed. RIST).

toléré et ne cause aucun accident. La seule critique qu'on puisse lui adresser est que l'immunité qu'il procure n'est que relative et temporaire. Aussi convient-il de substituer à l'absorption buccale (une ampoule tous les deux jours, trois fois de suite, dans les dix jours qui suivent la naissance), les injections sous-cutanées ; de renouveler ces injections ; de les faire, non seulement aux enfants, mais aussi aux jeunes gens chez qui la cuti-réaction est négative, surtout s'ils se destinent à une carrière (étudiants en médecine, infirmiers) où ils seront constamment en contact avec le bacille de Koch. On sait, en effet, depuis les travaux de l'Ecole scandinave, confirmés en France par J. Troisier et Bariéty, que les sujets chez lesquels la cuti-réaction reste négative jusqu'à l'adolescence risquent, quand ils sont contaminés, de faire une tuberculose grave, évolutive.

Traitement général

Les médications chimiques, les plus usitées sont :

Le *calcium*, la tuberculose étant considérée comme la conséquence d'une décalcification liée à l'acidose (P. Ferrier). Il se prescrit sous forme de :

Chlorure, en solutions aromatisées, comme on en trouve dans le commerce ; de 0 g., 50 à 2 g. par jour. C'est le recalcifiant par excellence (M. Lœper) ;

Gluconate, en injections intra-musculaires de 2 à 5 cm^3 d'une solution à 10 %, préalablement tiédie : une tous les deux jours jusqu'à concurrence de 12, ou en tablettes chocolatées dosées à 1 g., 50 : 2 à 4 par jour ;

Glycérophosphate, sous forme granulée : une demi à une cuillerée à café à la fin de chacun des deux principaux repas ;

Lactophosphate : une cuillerée à soupe de soluté du Codex à chacun des deux principaux repas ;

Phosphate monocalcique : 0 g., 25 à 1 g. par jour, en élixir, sirop ou solution ;

Phosphate tricalcique (P. Ferrrier) ; 1 à 3 g. par jour, en cachets, paquets, suspension.

Les préparations calciques doivent être administrées de façon discontinue, sous peine de provoquer, soit de la diarrhée, soit des éruptions, liées à l'élimination de l'ion calcium par l'intestin ou par la peau (E. Sergent) ;

Le *phosphore*, généralement associé au calcium ;

L'*iode*, sous forme de *sirop iodo-tannique* : une cuillerée à dessert ou à soupe au milieu de chacun des deux principaux repas, une semaine sur trois ;

L'*arsenic*, sous forme de *liqueur de Fowler* (II à IV gouttes) ou de *Pearson* (V à X gouttes), additionné d'une quantité égale de teinture de badiane, avant chaque repas, dans un peu d'eau.

Arsenic, calcium, iode et phosphore peuvent être associés, comme dans la formule du Professeur E. Gaucher :

Mixture

Liqueur de Pearson .... 10 g.
Phosphate monocalcique .... 15 g.
Sirop iodo-tannique .... Q. S. p. 300 cm^3

Une cuillerée à soupe au milieu de chacun des deux principaux repas.

Tous ces médicaments sont contre-indiqués en cas de fièvre, de troubles digestifs, de lésions rénales graves.

Les sels d'or conviennent surtout à la tuberculose pulmonaire.

Les médications biologiques sont représentées par diverses préparations : *acides aminés*, avec ou sans *cystéine*, *antigène méthylique de Boquet et Nègre*, *vaccin de Vaudremer*, ces deux derniers utilisés surtout en cas de tuberculose cutanée ou ganglionnaire, et qu'on utilise sous forme d'injections sous-cutanées, vitamine D, *viande crue* (zomothérapie de Ch. Richet).

Au premier rang des médications physiques, il faut ranger les *cures d'air*, que l'on s'adresse ;

A la *grande altitude* : Font-Romeu (1.800 m.), les Escaldes (1.400 m.), pour les Pyrénées ; Le Revard (1.545 m.), Pralognan (1.400 m.), Passy et Pras Coutant (1.200 m.), Briançon (1.200 m.), Thorenc (1.200 m.), Chamonix (1.050 m.), Villard-de-Lans (1.050 m.), pour les Alpes ; Le Mont-Dore (1.050 m.) et La Bourboule (950 m.), pour le Plateau Central.

Aux *moyennes altitudes* : Hauteville (850 m.), Saint-Gervais (800 m.), pour les Alpes ; Durtol (520 m.), pour le Plateau Central ; ces dernières sont souvent mieux supportées, à condition qu'on choisisse un endroit bien ensoleillé, à l'abri des vents, orienté au Midi.

A la *mer*, qu'il s'agisse de la Manche, de l'Océan ou de la Méditerranée.

Aux *rayons ultra-violets*, à défaut de mer ou de montagne.

Entre ces diverses stations, comment choisir? En se rappelant que la mer convient aux tuberculoses articulaires, ganglionnaires, osseuses, non évolutives, et qu'*elle est absolument contre indiquée en cas de tuberculose évolutive*, qu'améliorera l'altitude, associée au repos. Mêmes réflexions pour les ultra-violets.

La cure d'air doit toujours, en effet, être complétée par une *cure de repos* : l'enfant fera sa sieste après déjeuner, ne se fatiguera pas le reste du jour et se couchera aussitôt après le dîner. On n'oubliera pas, non plus, les traditionnelles *mesures d'hygiène*.

Quant au régime alimentaire, il sera qualitativement et quantitativement suffisant. C'est dire qu'il devra contenir une quantité suffisante de protides (viandes, œufs, poissons), de lipides (graisses animales et végétales), de glucides (hydrates de carbone), d'amino-acides, de sels et d'eau. Ces divers aliments doivent, disent les auteurs, être *équilibrés*. Rien de plus juste, à condition qu'on n'oublie pas, même dans les circonstances actuelles, que de tous les aliments, le plus utile à l'enfant, c'est la *viande*.

ACTUALITÉS

L'oxycarbonémie ignorée

Par M. R. Levent

On connaît, depuis longtemps, la grande intoxication oxycarbonée ; on connaît également l'intoxication chronique ou larvée due à l'action continue et prolongée de faibles doses toxiques, intoxication tantôt accidentelle, tantôt professionnelle. L'examen spectroscopique du sang est ici le principal élément de preuve mais il ne décèle pas l'oxyde de carbone au-dessous d'un taux de 8 à 10 p. 1.000.

Les travaux récents de Lœper et de ses élèves tendent à élargir encore le domaine de l'intoxication oxycarbonée et attribuent à ce toxique un rôle actif dans la genèse de troubles où la clinique ni la spectroscopie n'en avaient jusqu'ici fait soupçonner la présence.

Dès 1880, Gréhant avait montré que chez un sujet en apparence normal, le sang pouvait contenir de l'oxyde de carbone. Les travaux de Nicloux, à partir de 1898, mirent au point une méthode chimique décelant 1 et parfois 1/2 pour 1.000 d'oxyde de carbone et confirmèrent l'affirmation de Gréhant négligée et jugée contestable, C'est grâce à cette méthode qu'une recherche méthodique a, en ces dernières années, fait découvrir l'oxycarbonémie chez des sujets présentant des symptômes très divers et chez qui on était loin de la soupçonner ; la fréquence de cette constatation ne permet guère de croire à une simple coïncidence et a fait concevoir d'intéressantes hypothèses quant à la production de ce toxique, absolument indépendante de tout apport exogène.

Les syndromes dans lesquels on a trouvé l'oxycarbonémie semblent des plus disparates. Dès 1935, Lœper (1), Bioy, Tonnet et Varay avaient, à ce point de vue, examiné le sang d'un certain nombre d'anémiques (anémies aplastiques, hémogéniques, sénile, brightique, rhumatismale, cancéreuse). Tous avaient été trouvés oxycarbonémiques et sans qu'il y eut proportion directe entre anémie et oxycarbonémie ; la cachexie ou l'inanition semblaient, au contraire, le facteur principal de cette oxycarbonémie qui variait entre 4 p. 1.000 chez les hémogéniques et 17 p. 1.000 chez certains cancéreux. Il parut aussi que le foie avait un rôle important, le taux de CO s'abaissant lorsque la fonction hépatique était gravement atteinte.

(1) Cf. de 1935 à 1941, publications de Lœper et de ses élèves à l'Académie de Médecine, à la Société de Biologie, à la Société Médicale des Hôpitaux.

PHOSCAMINE

Granulé Recalcifiant, Hématogène

- ACTIVATEUR DE L'ASSIMILATION -

COMPOSITION

ACIDES AMINÉS, PROVENANT DE L'HYDROLYSE DES HÉMATIES, MÉTHYLARSINATE DE SOUDE POLYGLYCÉROPHOSPHATES

INDICATIONS

anémies
dépression nerveuse
convalescences

CONVALESCENCES

PHOSPHORE
CALCIUM
ACIDES AMINÉS
GRANULÉ

RECALCIFIANT HÉMATOGÈNE

DOSES
ADULTES : 2 cuillerées à café avant chaque repas
ENFANTS : 1 cuillerée à café avant chaque repas

LABORATOIRE MAUCHANT GENNEVILLIERS (SEINE)

LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)
J. EURY, Docteur en Pharmacie

DOSES
- ADULTES : 3 à 4 cuillerées à café.
- ENFANTS : 2 cuillerées à café.
- NOURRISSONS : 1 cuillerée à café.

GRANULÉ

CROISSANCE

LIPOVITA
VITAMINES LIPOSOLUBLES

LIPOVITA

granulé très agréable au goût
à base de vitamines liposolubles

COMPOSITION

Chaque cuillerée à café contient :
VITAMINE " A "
200 UNITÉS INTERNATIONALES
VITAMINE " D "
2.000 UNITÉS INTERNATIONALES



INDICATIONS

troubles de la croissance
rachitisme
ostéomalacie
tétanie
décalcification
dans toutes ses manifestations
tuberculose
états infectieux, etc.

Dans aucun cas, de plus, on ne pouvait admettre l'origine de cet oxyde de carbone dans une atmosphère viciée.

Recherchant, d'autre part, le taux de CO sanguin chez divers malades, ces auteurs trouvèrent des chiffres allant de 6,5 p. 1.000 chez des asthmatiques à 13 dans une bronchite chronique avec asthénie, 10 dans une hépatite alcoolique, 9,3 et 13,3 chez des diabétiques, 14,8 p. 1.000 dans une péricardite rhumatismale. On pouvait donc conclure à l'importance de divers agents d'oxydation dans l'organisme : ventilation pulmonaire, circulation et de la fonction hépatique. Mesurant enfin, l'oxycarbonémie de sujets atteints d'oxalémie, les auteurs, en particulier chez des dyspnéiques, ont trouvé des chiffres élevés et pouvant aller jusqu'à 36 et 40 p. 1.000. Ici, encore, aucune origine exogène ne pouvait être envisagée.

Il fallait donc rechercher une origine endogène ; déjà Lépine et Boulud et plus tard Rathery et ses élèves avaient conclu en ce sens et admis, comme Nicloux, qu'il fallait tenir compte de l'oxydation incomplète dans les tissus de certains corps, les glucides en particulier. Les observations faites chez les oxalémiques par Lœper et Tonnet tendent à faire jouer un rôle particulier à l'acide oxalique qui paraît un des échelons intermédiaires dans la transformation des glucides. Pour ces auteurs, même, c'est non à l'oxalémie elle-même, mais à l'oxycarbonémie qu'elle occasionne, qu'on devrait attribuer certains signes fonctionnels, respiratoires en particulier, qu'on observe au cours de l'oxalémie.

Continuant leurs recherches sur les malades les plus divers, Lœper et ses élèves ont constaté l'oxycarbonémie dans bien des cas où elle était insoupçonnée ; toujours il y avait des combustions intra-organiques plus ou moins troublées. Dans les maladies de la nutrition d'abord : diabète, oxalémie ; dans des cancers digestifs (estomac, côlon) ; chez les insuffisants pulmonaires et cardiaques et surtout lorsqu'existait de la cyanose. On trouve également de l'oxycarbonémie chez les agonisants et chez certains accidentés aigus, parmi lesquels les noyés sont, au point de vue pathogénique, particulièrement intéressants. On la trouve chez les hépatiques chroniques, chez nombre d'anémiques d'étiologies diverses. De plus, les taux très faibles de CO par une action très prolongée produisent parfois de la polyglobulie. Parmi les polyglobulies, l'érythrémie de Vaquez est des moins expliquées ; l'étude chimique du sang a montré une oxycarbonémie notable à Lœper et à son école et aussi à d'autres auteurs (Harvier, Mouquin, Guillain). Le taux du CO peut s'élever à 10, 20, 30 p. 1.000 ou davantage.

Dans toutes ces affections des troubles, jusqu'ici considérés comme banaux, doivent retenir l'attention : troubles dyspeptiques, céphalée, somnolence, vertiges, crampes, hémorragies, thromboses veineuses ou cérébrales. Il en est de même, comme l'a noté Weigert (1) à qui l'origine endogène n'est pas connue, de signes qu'on peut rattacher à un état de sensibilité ; et aussi de troubles oculaires (rétinite) ou de troubles circulatoires graves (spasme artériel surajouté à une artérite et provoquant une gangrène). Dans le cas d'érythrémie on trouve de plus le syndrome cardinal : érythrose faciale, hépato-splénomégalie, hyperglobulie. Dans divers cas bien caractérisés de maladie de Vaquez on a trouvé l'oxycarbonémie et l'on peut supposer que l'oxycarbonémie spontanée, endogène, latente et ignorée en est la plus habituelle cause. Certains signes varient, en effet, comme le taux de CO tandis que la polyglobulie, restée indépendante, semble, elle aussi, un effet et non pas la cause des modifications cliniques.

On peut donc, en l'état actuel de nos connaissances, considérer que certaines substances riches en oxygène, subissant une oxydation incomplète ne parviennent pas à l'état de CO^2 terme normal d'une combustion parfaite. Ces substances semblent, d'une manière générale les glucides, l'acide tartrique, l'acide lactique ; également l'acide oxalique qui semble un terme de passage entre les glucides et CO^2. Tous ces corps peuvent se transformer en CO et on a pu mettre en évidence un certain parallélisme entre le taux de certains corps (ac. lactique, oxalique, etc.), et l'oxycarbonémie.

CO ainsi formé semble se fixer avec prédilection et être retenu dans certains organes ou certains tissus, le tissu nerveux en particulier, d'où les signes nerveux et certains retentissements vasomoteurs. L'élimination de CO semble particulièrement lente puisqu'il peut persister *in situ* plus d'une semaine après disparition des symptômes. CO semble, d'ailleur, agir plutôt par anoxémie que comme un toxique véritable.

De ces faits, on peut tirer une ligne de conduite thérapeutique. Traitement physique : aération large, cure d'altitude, exercices respiratoires ; traitement diététique : réduction des hydrates de carbone dont l'influence directe sur l'oxycarbonémie a pu être reconnue chez certains sujets même non diabétiques ; administration d'extraits pancréatiques et de diastases. L'insuline, à la dose de 5 à 10 unités par jour a pu rendre des services, mais cette méthode nécessite encore une mise au point. On a également préconisé des médicaments oxydants, le bleu de méthylène en particulier, mais sans résultats bien assurés.

La comparaison de ce processus physiologique avec les processus observés en chimie a donc permis d'augmenter, d'une manière utile en pratique, nos connaissances du métabolisme des glucides et de l'oxyde de carbone et d'imaginer de nouveaux modes d'action sur des processus qui, jusqu'ici, ont échappé au clinicien et au thérapeute.

(1) *Thèse Lyon*, 1935.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1941

A propos des signes radiologiques dans l'iléus biliaire. — M. Huet montre que le repas opaque fait avec prudence conserve une valeur considérable pour préciser le siège exact de l'obstacle intra-intestinal ; mais il ne doit être fait que lorsqu'on a de fortes présomptions en faveur de l'iléus biliaire.

Récidive d'un kyste hydatique quinze ans après la première opération. — M. R. Dupont. — Rapport de M. Barbier sur cette observation qui a déjà fait l'objet d'un rapport en 1929. Il discute l'hypothèse étiologique qui pourrait expliquer ce cas ; il conclut à l'évolution à retardement d'un kyste méconnu.

M. R. Monod possède une observation personnelle identique.

Sur le traitement des fractures du col du fémur. — M. Merle d'Aubigné montre que les causes d'échec d'origine mécanique ont été très diminuées par les progrès récents ; il repousse le rôle l'hypercorrection du coxa valga dans la genèse des déformations secondaires de la tête fémorale.

Quant aux causes biologiques, il semble bien difficile d'avoir quelque action sur elles : rien ne semble pouvoir faire rejeter, toutefois, l'utilisation du côlon comme agent de fixation.

L'arthrectomie dans les arthrites purulentes du genou par blessures de guerre. — M. R. Didier. — M. Sauvé rapporte ce travail basé sur vingt cas dont neuf ont été revus à distance : sept ankyloses en bonne attitude ; une ankylose incomplète et une ankylose avec genu valgum

Infarctus étendu du grêle guéri par injection d'adrénaline. — M. Aumont. — Rapport de M. Sicard.

Lésions bénignes du sein et cancer. — M. Hartmann a observé plusieurs cas d'épithéliomes enkystés ; cliniquement, l'aspect est celui d'un adénome hormis l'âge auquel on l'observe.

M. Hartmann déclare que bien des adénomes dégénèrent précédant, pendant plusieurs années, la dégénérescence épithéliomateuse, plus rarement sarcomateuse. Dans quelques cas, on a pu suivre les différentes étapes histologiques de cette transformation.

M. Rouhier s'élève contre l'énucléation des tumeurs bénignes.

M. Desmarest attache un certain intérêt à la trans-illumination en faveur du diagnostic ; il faut séparer les tumeurs bénignes évoluant au cours de la vie génitale active et en dehors de la vie génitale active.

M. Brechot considère qu'il faut tenir comme particulièrement suspectes les noyaux de mammite chronique.

M. Sauvé estime qu'en l'absence d'examen histologique on ne peut affirmer la bénignité d'une tumeur du sein.

M. Moulonguet discute la fréquence de la dégénérescence de la maladie de Reclus. D'autre part, un cancer déclenche souvent dans le sein des lésions de dysmastie ; c'est la coexistence de ces deux lésions qui explique les erreurs de diagnostic histologique.

M. Brocq estime que l'on ne doit pas faire jouer un rôle trop considérable à l'hyperfolliculinémie dans la genèse des dysmasties.

M. Lenormant a été frappé de voir des malades atteintes de maladie de Reclus, faire ultérieurement un cancer ; mais la question de fréquence n'est pas tranchée. Quant à l'adénome, il n'est pas toujours parfaitement encapsulé sans être pour cela en voie de dégénérescence.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 8 novembre 1941

Les lésions du tronc cérébral dans l'amyotrophie Charcot-Marie. — MM. G. Guillain, I. Bertrand et J. Piton signalent que le processus de dégénérescence médullaire, à prédominance postérieure de l'amyotrophie Charcot-Marie, se prolonge à travers le tronc cérébral, en s'atténuant dans le mésocéphale.

Sur le taux actuel de la phosphatidémie. — MM. F. Coste, A. Grigant et P. Capron attribuent aux restrictions l'abaissement actuel dans le sérum du phosphore lipidique et des phosphatides et opposent à cet abaissement des phosphatides « fonctionnels » ou « métaboliques » la fixité des phospholipides des hématies, véritables phosphatides « constitutifs ».

THÈSES DE PROVINCE (1)

THESES DE MEDECINE DE LILLE

Année scolaire 1939-1940

114 thèses de doctorat d'Etat, numérotées de 1 à 114 inclus.

104. — Année. — *Contribution expérimentale à l'étude du liquide céphalo-rachidien de certains déments précoces.*

55. — Aubry. — *La galactosurie provoquée chez les tuberculeux pulmonaires. Indications diagnostique et pronostique.*

15. — Bal. — *Le lavage pleural. Sa technique et ses résultats.*

18. — Bartier. — *Grossesse et pyélonéphrite antérieure.*

101. — Bateman. — *Contribution à la prévention du benzolisme professionnel.*

48. — Batique. — *Les tumeurs de l'appareil génital interne chez la fillette impubère.*

49. — Baude. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)

57. — Bernard. — *Contribution à l'étude du traitement des abcès gangréneux du poumon par l'arsenic et le sérum antigangréneux.*

75. — Berquet. — *Relations vasculaires et infectieuses entre l'atmosphère périrénale et les organes génitaux internes.*

76. — Bertin. — *Sur un cas de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'un syndrome diencéphalo-hypophysaire.*

30. — Bertrand. — *De l'action des sels de la testostérone dans les mastopathies.*

77. — Blondel. — *Contribution à l'étude des œdèmes par carence de la vitamine B_1.*

100. — de Botton. — *Des possibilités actuelles du laboratoire.*

94. — Boudailliez. — *A propos de la colibacillose du nourrisson et de l'enfant. De la nécessité des examens et traitements urologiques dans certains cas.*

4. — Bourey. — *Les hyperepinéphries.* (Travail de la Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur : Prof. O. Lambret).

88. — Bracq. — *De l'importance des abcès parenchymateux dans certains cas de pyélonéphrite.*

92. — Brevière. — *Contribution à l'étude du traitement de l'ostéoporose post-traumatique ou maladie de Leriche.*

43. — Bruneau. — *Le syndrome abdominal en pathologie infantile.*

74. — Brygo. — *Association de maladie de Parkinson post-encéphalitique et de maladie de Basedow.*

68. — Cailliez. — *Contribution à l'étude de la résection endoscopique de la prostate par l'appareil de Marion.*

108. — Carion. — *Le traitement des métrites cervicales chroniques après hystérectomies subtotales.*

54. — Carlier. — *L'ostéomyélite de l'ilion.*

34. — Chabrier. — *Etude anatomique d'un monstre sirénomèle.*

6. — Cornillat (Mlle). — *Variations dans le sang humain au cours de l'anesthésie au cyclopropane.*

10. — Coste. — *Contribution à l'étude du pneumothorax traumatique.*

22. — Daire. — *L'alcoolisme chronique et les thérapeutiques de désintoxication.*

70. — De Baecker. — *Revue générale de la thérapeutique des corps organo-soufrés.*

58. — Debève. — *Le traitement de la tuberculose par l'allergine.*

1. — Dehorter. — *Les sarcomes de l'iris.*

111. — Delcourt. — *Cicatrisation des plaies cérébrales expérimentales. Etude histologique.* (Travail du Laboratoire d'anatomie pathologique et de pathologie générale de la Faculté de Médecine de Lille.)

28. — Delcroix. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)

19. — Delvallet. — *Indications de la décapsulation rénale.*

60. — Deroubaix (Mlle). — (Le titre ne nous est pas parvenu.)

37. — Descamps. (Le titre ne nous est pas parvenu.)

8. — Deschamps. — *Etude électro-cardiographique de trois cas de dissociation auriculo-ventriculaire (Block ou double commande?)* [Travail de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille : Prof. M. G. Carrière.]

31. — Dumetz. — *Du suicide.*

46. — Dupire. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)

93. — Duvet. — *La radioscopie systématique dans la première région militaire.*

2. — Faidherbe. — *La radiographie analytique par déplacement circulaire du foyer et du film. Le biotome du Dr Bocage. Etude critique suivie d'un essai d'interprétation des images obtenues.*

45. — Fontan. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)

62. — Foutry. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)

50. — Garremynck. — *Action de l'acide ascorbique à hautes doses et du régime hypervitaminé (vitamines A et C) dans les états hyperthyroïdiens.*

82. — Garcenot. — *L'atélectasie pulmonaire.*

78. — Garez. — *Contribution à l'étude des fonctions endocrines de l'ovaire avant la puberté.*

79. — Génel. — *Contribution à l'étude des corrélations fonctionnelles entre l'hypophyse et la surrénale.*

80. — Grimbelle. — *Sommes-nous menacés d'une diminution de la taille du Français?* (Travail du Laboratoire d'anatomie de Lille).

32. — Groult. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)

83. — Grumelart. — *Diagnostic précoce du saturnisme.*

42. — Guillemot. — *Les effets curateurs de l'insuline dans le diabète.*

23. — Habart. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)

25. — Hanssens. — *Tuberculose génitale et grossesse.*

66. — Hennion. — *Contribution à l'étude de la chirurgie du ganglion stellaire.* (Travail du Laboratoire d'anatomie de la Faculté de Médecine de Lille. Directeur : Prof. Cordier.)

20. — Hentgès. — *Contribution à l'étude des fractures du cou-de-pied. Leur traitement et leur avenir.*

44. — Herbaux. — *Action bienfaisante du pneumothorax incomplet.*

33. — Hermant. — *Contribution à l'étude de la radiologie de l'asthme bronchique.*

107. — Hernu. — *Contribution à l'étude de l'hypoglycémie provoquée par l'injection d'insuline dans les affections du foie.* (Travail de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur. Prof. : M. G. Carrière.)

24. — Kleinermann. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)

110. — Laine. — *Est-il possible d'individualiser un syndrome de Wolkmann consécutif à une stase veineuse prolongée?*

38. — Lapouille. — *Etiologies multiples dans deux cas d'œdème aigu du poumon.*

17. — Laurie. — *La vitamine C chez l'homme normal et chez le tuberculeux.*

112. — Lecocq. — *A propos de quelques urétrographies faites après prostatectomie.* (Travail de la clinique des maladies des voies urinaires de l'hôpital Saint-Sauveur.)

95. — Le Coniat. — *Les blessures de guerre de la moelle.*

81. — Ledoux. — *Contribution à l'étude du duodénum radiologique dans le cancer de l'estomac.*

39. — Legrand (Adolphe-Hector-Joseph). — *Métastase cérébroméningée d'une épithélioma du sein. Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la méningite cancéreuse.*

113. — Legrand (Ernest-Henri). — *L'épreuve du travail dans les bassins rétrécis. Considérations à propos de soixante-dix observations.*

11. — Lemaire. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)

69. — Le Quellec. — *Contribution à l'étude du cathétérisme bronchique.*

7. — Lévy. — *Influence de l'hérédo-syphilis sur les fonctions ovariennes.* (Travail fait à la clinique obstétricale de l'hôpital de la Charité.)

98. — Lherbier. — *Les essais de lutte antiplasmodiale en Tunisie.*

103. — Linquette. — *Les troubles neuro-végétatifs dans la tuberculose pulmonaire. Etude clinique.* (Travail de la Clinique médicale et phtisiologique de la Faculté de Médecine de Lille. Prof. Jean Minet.)

99. — Lobbedez. — *Péritonite primitive à streptocoques.*

---

(1) Fin. Voir *Gaz. Hôp.*, 1941 : Marseille nos 63-64, Montpellier nos 69-70, Hanoï nos 71-72, Nancy nos 73-74, Bordeaux nos 77-78, Strasbourg nos 79-80, Toulouse nos 81-82, Lyon nos 87-88, 89-90, 91-92.

40. — Maillard. — *Sur un cas de panartérite viscérale.*
27. — Mairesse. — *Sur quelques os de fœtus inciné.* (Travail fait à l'Institut médico-légal de Lille.)
63. — Malaquin. — *Les méningites syphilitiques tardives de l'adulte. A propos de trois observations.*
59. — Malbezin. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)
84. — Malou. — *Contribution à l'étude du spondylolisthésis. Les bases du traitement chirurgical à la lumière de trois observations inédites.*
14. — Marsy. — *Quelques considérations sur l'atrophie optique héréditaire et familiale* (maladie de Leber).
73. — Martin. — *Contribution à l'étude du trouble glyco-régulateur dans les maladies du foie.*
85. — Martinache (Gustave-Désiré-Hubert). — *Les septicémies d'origine pharyngée.*
105. — Martinache (Mme), née Dupas. — *Etude de 55 observations de lésion du plexus brachial par blessure.*
89. — Massé. — *Contribution à l'étude du traitement de l'asthme par l'hypoglycémie provoquée.*
65. — Mazauric (Mlle). — *Des effets de la cardiazolthérapie dans certaines maladies mentales chroniques.*
52. — Messéan. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)
21. — Millhouse. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)
29. — Olivier. — *Quelques remarques au sujet des variations du système « azygos intrathoracique ».*
5. — Omez. — *Le sarcome de l'intestin grêle. Etude clinique.*
9. — Pecquery. — *De l'avenir des hérédo-syphilitiques traités durant la vie intra-utérine.* (Travail élaboré dans le service de la Maternité mutualiste sous la direction du Prof. Paucot.)
41. — Périn. — *Traitement des pleurésies purulentes à streptocoques par les sulfamides : Carboxy-sulfamido-chrysoïdide et para-amino-phényl-sulfamine (Rubiazol et néo-coccyl).*
114. — Pirmez. — *Le diabète insipide syphilitique.* (Travail de la Clinique médicale A : Prof. G. Carrière.)
97. — Poiteau. — *Les adhérences péricardiques de la plèvre médiastine. Leur rôle dans les accidents cardiaques ; pneumothorax artificiels.*
3. — Ponnavoy (Lucien-Maurice-Joseph). — *A propos de quelques observations de dilatations de la trachée.*
91. — Ponnavoy (Mme), née Basilaire. — *Le traitement des hémoptysies par le rouge congo en injections intraveineuses.*
35. Pottier. — *Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie de marche.*
86. — Protin. — *Contribution à l'étude des variations de la glycémie dans les affections endocraniennes et cardiaques.*
61. — Prouvée. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)
72. — Rahuel. — *Contribution à l'étude du volvulus et de la vésicule biliaire.*
47. — Rammaert. — *Contribution à l'étude sur les œdèmes hépatiques.*
64. — Refauvelet. — *Contribution à l'étude de l'acrodynie. Maladie de Selter, Suift, Feer.*
87. — Rémond. — *Contribution à l'étude du tétanos gastrique ou tétanie digestive.*
106. — Ritz. — *Enquête sur l'effort de prévention fourni par les Caisses d'assurances sociales du département du Nord.*
96. — Robet. — *Contribution à l'étude du traitement de l'urétrite gonococcique par le 1162 F.*
36. — Rogéré. — *Les rétrodéviations utérines dans leurs rapports avec l'hérédosyphilis.*
109. — Sabathié. — *Contribution à l'étude des lumbo-sciatalgies par hernie postérieure du ménisque intervertébral.*
102. — Telle. — *Essai de critique des techniques d'infiltrations cocaïniques du ganglion stellaire.*
67. — Titecat. — *Contribution à l'étude des avitaminoses. Clinique et thérapeutique.*
71. — Vandecasteele. — *Traitement chirurgical des pneumonies graves par la pneumotomie.*
26. — Vanderbecq. — *La tuberculose humaine d'origine bovine en France. Recherches effectuées dans le nord de la France.*
12. — Vanderhagen. — (Le titre ne nous est pas parvenu.)
56. — Vangrévelinghe. — *Les insuccès éloignés de l'insulinothérapie.*
90. — Vangrevelynghe. — *Etude de l'évolution des caractères sexuels du bassin féminin jusqu'à l'âge adulte.* (Travail du Laboratoire d'anatomie de la Faculté de Médecine de Lille. Directeur : P. Cordier.)
13. — Vannimenus. — *Sur 32 cas d'intoxication barbiturique aiguë.*
53. — Vermersch. — *Les formes localisées de la fièvre de Malte.*
16. — Voët. — *Recherches pharmacodynamiques sur la phényltyramine.* (Travail des Laboratoires de chimie organique et de pharmacologie de la Faculté de Lille.)
51. — Willem. — *A propos de trois observations d'hystérie.* (Travail effectué à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur.)

LIVRES NOUVEAUX

Les embolies cérébrales, *études de pathologie expérimentale sur les embolies solide et gazeuse du cerveau,* par Maurice Villaret, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, et René Cachera, Médecin des Hôpitaux de Paris. Un volume de 134 pages avec 89 figures, 32 fr. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.

L'étude des troubles vasculaires cérébraux, celle de leur mécanisme et surtout de leurs liens avec les lésions du parenchyme nerveux sont des questions dont l'intérêt n'a pas besoin d'être souligné.

Or, jusqu'à présent, nous ne disposions guère sur ce sujet que de documents empruntés à l'anatomie pathologique : sur des phénomènes qui sont, en majeure partie, fonctionnels, ils ne pouvaient fournir de renseignements directement utilisables.

Les auteurs réunissent dans cet ouvrage les enseignements de leur expérimentation sur la circulation cérébrale : ils y ont apporté des perturbations au moyen d'embolies artificielles chez l'animal. D'autre part ils ont décelé sur le vivant les troubles circulatoires provoqués, aussi bien fonctionnels qu'anatomiques, grâce à l'observation microscopique de l'écorce cérébrale et des vaisseaux pie-mériens, au moyen de la technique du hublot de Forbes, modifiée sensiblement et perfectionnée par eux.

Une étude toute nouvelle de physio-pathologie en action circulatoire est ainsi devenue possible par la conjonction de ces deux artifices expérimentaux : examen direct de la circulation cérébrale *in vivo* et embolie du cerveau.

L'introduction de corps étrangers dans les vaisseaux de l'encéphale se présente dès lors comme un procédé précieux pour explorer les réactions vasculaires de cet organe. Et c'est un moyen d'un intérêt très particulier puisqu'il fait apparaître des phénomènes inconnus en physiologie normale et seulement soupçonnés des cliniciens : par exemple, les spasmes monoliformes des artérioles pie-mériennes que décrivent les auteurs.

On trouvera dans cet ouvrage une abondante iconographie (89 figures), reproduisant de multiples microphotographies du cortex cérébral ; celles-ci constituent des documents inédits qui permettent d'aborder pour la première fois sous un aspect concret divers problèmes délicats de la physio-pathologie vasculaire de l'encéphale.

Ces documents concernent les embolies solides et gazeuses du cerveau.

Il est, en outre, possible de confronter les notions enregistrées sur le vivant avec les examens anatomo-pathologiques qui sont également reproduits dans ce livre, ainsi qu'avec les désordres neurologiques observés chez les animaux en expérience.

Entre la physiologie normale du cerveau et la clinique neurologique, il est utile de faire désormais une place aux études de *pathologie expérimentale* que résume cet ouvrage.

Le traitement non sanglant des fractures du rachis, fractures récentes, fractures anciennes, technique et résultats, par Pierre Mallet-Guy, préface du professeur R. Leriche. — Un volume de 118 pages avec 54 figures. Masson, éditeur, Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 95-96. — 26-29 NOVEMBRE 1941 — 114e ANNEE — Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Deux nouveaux services viennent de s'ouvrir à l'hôpital Broussais :

L'un, de chirurgie : M. Patel, chirurgien des hôpitaux, chargé du service ;

L'autre, de médecine : M. de Brun du Bois Noir, médecin des hôpitaux, chargé du service.

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Manceaux, médecin des hôpitaux, est chargé de cours de clinique annexe en remplacement de M. Dumolard, retraité.

M. Laigret, ancien chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Tunis est chargé provisoirement du service de la chaire de bactériologie en remplacement de M. Pinoy, retraité.

Faculté de Pharmacie de Montpellier. — La chaire de chimie organique est transformée en chaire de chimie organique et chimie biologique.

Ecole de Médecine de Grenoble. — M. Carraz, professeur suppléant est nommé professeur titulaire d'histoire naturelle.

M. Abonnenc, professeur suppléant est nommé professeur titulaire de physique.

Médaille d'honneur du service de santé. — *Médaille d'argent :* M. Sakka (Ali), médecin auxiliaire à la 22e section d'infirmiers militaires (dissoute) hôpital complémentaire de Bobigny (Seine).

Médaille d'honneur des épidémies. — Par arrêté, en date du 6 novembre 1941, la *médaille d'or des épidémies* a été décernée à M. le Dr Etienne Burnet, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, pour maladie grave contractée dans son service.

(*J. O.*, 19 novembre 1941.)

Académie de Médecine. — Dans sa séance du 25 novembre, l'Académie de Médecine a élu membre titulaire dans la première section (médecine), M. Courcoux, par 66 voix par 70 votants. M. Ameuille a obtenu 2 voix, M. Lhermitte 1 voix, M. Trémolières 1 voix.

La protection médicale du travail. — Le *Journal Officiel* du 20 novembre 1941 publie la loi du 31 octobre 1941 relative à la protection médicale du travail. La loi prévoit la nomination de trois médecins inspecteurs généraux, auxquels seront adjoints, dans la limite des crédits ouverts à cet effet, des médecins inspecteurs et inspectrices du travail dont les attributions sont définies.

Il est, d'autre part, institué à la direction du travail un comité permanent qui élabore la doctrine de la médecine du travail.

Enfin, il est créé au sein du Comité consultatif d'hygiène de France une section d'hygiène industrielle et de médecine du travail, composée de six à neuf membres nommés par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Un Institut national d'action sanitaire des assurances sociales. — Le *Journal Officiel* du 20 novembre 1941 publie la loi du 18 novembre 1941 portant création d'un institut national d'action sanitaire des assurances sociales.

Cet institut coordonnera, sous l'autorité du secrétaire d'Etat au Travail, l'action sociale sanitaire des caisses d'assurances sociales et des unions régionales. Il coopérera à l'équipement sanitaire du

pays par l'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement, l'aliénation et la gestion de tous établissements d'hygiène sociale, de prévention, de cure, de repos d'intérêt national.

Cours

Leçons sur les maladies du sang, par le Dr P. Chevallier, médecin de l'hôpital Cochin. La première leçon aura lieu le dimanche 30 novembre, à 11 heures du matin. Elles se poursuivront les dimanches suivants à l'amphithéâtre Dieulafoy.

Droit médical et lois sociales. — (Chaire de médecine légale), le jeudi, de 18 à 19 heures, à l'amphithéâtre Vulpian.

Jeudi 4 décembre, M. Hugueney : Les expertises médicales et les certificats médicaux. — Jeudi 11 décembre, M. Hugueney : La clientèle médicale. L'exercice cumulé de la médecine et de la pharmacie. — Jeudi 18 décembre, M. Gougerot : Syphilis et affections cutanées dans leurs rapports avec les accidents du travail.

Jeudi 8 janvier, M. Piédelièvre : Tuberculose et traumatisme. — Jeudi 15 janvier, M. Laignel-Lavastine : Examen médico-légal d'un commotionné. — Jeudi 22 janvier, M. Delay : Affections neuro-psychiatriques d'origine traumatique. — Jeudi 29 janvier, M. Fl. Coste : Affections ostéoarticulaires et traumatismes.

Jeudi 5 février, M. Derobert : Lois sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. — Jeudi 12 février, M. Laignel-Lavastine : Indications cliniques et législation de l'internement. Interdiction. — Jeudi 19 février, M. Michel Gaultier : Assurances sociales, pensions militaires, assistance médicale gratuite, etc. — Jeudi 26 février, M. Boulin : Les rapports de la maladie de Basedow et du diabète avec les traumatismes.

Clinique chirurgicale Saint-Antoine. — Gynécologie médicale. — Un cours complémentaire de gynécologie médicale, sous la direction de M. le Dr Cadenat, agrégé, suppléant dans la chaire de clinique chirurgicale Saint-Antoine, sera fait par M. Claude Béclère, assistant de gynécologie de la clinique, à partir du 8 décembre 1941, à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine : *Dosages hormonaux et traitements hormonaux en gynécologie.*

Ce cours aura lieu du lundi 8 décembre au jeudi 18 décembre inclus. Les leçons seront faites chaque jour, à 18 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique. Ce cours est librement ouvert aux docteurs en médecine ainsi qu'aux internes et externes des hôpitaux.

Conférence. — Le secrétariat d'Etat à la Santé publique communique :

Le Professeur Fischer, qui jouit d'une réputation mondiale en matière d'eugénisme et qui a puissamment collaboré à l'élaboration de la législation raciale en Allemagne, fera une conférence à Paris, le 5 décembre, à 20 heures, à la Maison de la Chimie, sur le sujet : *La législation raciale allemande.*

Nécrologie

Nous apprenons avec peine la mort du Professeur Léon Dieulafé de la Faculté de Médecine de Toulouse. Docteur ès sciences, chirurgien éminent, il fut aussi et avant tout, un de nos anatomistes les plus distingués : il n'est point, dans ce domaine, de question qu'il n'ait étudiée, approfondie et souvent résolue. La clarté de son esprit scientifique hors de pair s'alliait à une originalité qui rendait particulièrement séduisantes son expression et sa présentation. Il avait le don de l'enseignement et aussi celui d'éveiller la curiosité et d'inciter ainsi aux recherches et aux travaux. Ceux qu'il inspirait, il savait les guider de telle sorte qu'il donnait aux élèves qu'il avait poussés et encouragés, l'impression qu'étaient leur propre fait les résultats que lui-même avait provoqués par ses judicieux et discrets conseils.

Son œuvre personnelle, non seulement en anatomie, mais dans toutes les banches de la médecine, est considérable et universellement appréciée.

C'était aussi le meilleur et le plus sûr des amis.

Nous exprimons à son fils, le Dr R. Dieulafé, qui suit les traces de son père et est destiné à une brillante carrière universitaire, notre affectueuse et douloureuse sympathie.

A. H.

Nous apprenons aussi avec regret le décès du Dr Raoul Baudet, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

— Du Dr Alban Girault, à Paris.

— Du Dr Robert de Gennes, à Paris. Nous prions son frère, le professeur agrégé, Lucien de Gennes, médecin des hôpitaux, de recevoir l'expression de notre très affectueuse sympathie.

L'organisation sociale du thermoclimatisme en France

[Au moment où le « Gouvernement du Maréchal » tente de grands efforts pour la reconstitution de « Famille et Santé » nous avons prié le Dr R. Molinéry de nous résumer ses conceptions sur le thermalisme social.]

⁂

Le thermoclimatisme social est basé : chez l'enfant, sur la diathèse et sa prévention ; chez l'adulte, sur la maladie chronique et son traitement.

A) Chez l'enfant : les cellules réagissent ; chez l'adulte : les cellules agissent.

Dans les deux cas : nécessité de passage au Centre de Triage. Chez l'enfant, le Centre de Triage sera familial, scolaire, scoutiste, etc. ; chez l'adulte, le Centre de Triage s'effectuera *au sein de la corporation* et des divers camps de jeunesse. Chez l'enfant, le « terrain » est le champ clos où se heurtent toutes les hérédités ; chez l'adulte, le « terrain » est le champ de bataille où se livrent les combats biologiques (bien ou mal préparés chez l'enfant).

B) Pour l'enfant : le camp thermal *sélectionné* ; pour l'adulte : le centre d'hébergement *corporatif.*

Chez l'enfant, le camp sera du type de La Bourboule, Cauterets, Luchon, Salies-du-Salat, etc ; chez l'adulte (cheminots ou P. T. T., etc., le centre d'hébergement sera du type de Barèges ou des Eaux-Bonnes. Celui de Barèges fut créé en 1915, par M. Œttinger.

« Ouvrir un camp thermal, ouvrir un centre d'hébergement thermal, c'est fermer un hôpital ». Appel aux Assurances sociales dans l'esprit corporatif.

⁂

Le Centre de Triage doit être : départemental, sous le contrôle du bureau d'H, nommé par le gouverneur de province, rattaché aux Facultés régionales. Le Centre de Triage : son siège, son but, son rôle, son fonctionnement, seront indiqués dans un tract sommaire remis aux élèves pour les parents, après explication par les professeurs, dans une leçon d'hygiène faite l'une en novembre, l'autre en avril.

C) *Le budget :* d'une part, virement de fonds des colonies de vacances ; participation de l'Etat, participation de la commune, d'autre part.

30.000 enfants sont justiciables des camps thermaux. Le thermoclimatisme social doit toucher nos enfants de l'empire colonial.

D) Plus tard, le thermoclimatisme social devra être international.

Dr R. Molinéry.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.



MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
IMIDO "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Solution de bi-chlorhyd. d'histamine* 1/10e à 1 amp. (1 cm³) par jour selon les cas	Epreuve de l'histamine Coxarthries, Algies
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide (Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SYNTROPAN "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Spasmolytique synthétique* Comp. : 1 à 3 par jour Amp. 1 cm³ : 1 à 2 par jour Supp. : 1 à 2 par jour	Toutes les indications de l'atropine

L'INFANTILISME PAR CARENCE TESTICULAIRE OU OVARIENNE SECONDAIRE A LA CARENCE DE LA GLANDE THYROIDE OU DE L'ANTÉHYPOPHYSE

par le Professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

« L'infantilisme est un syndrome qui s'installe chez les sujets *qui n'ont pas de puberté*, du fait de la *carence de leurs glandes sexuelles*, quand ils ont dépassé l'âge où la puberté s'achève chez un sujet normal. C'est par suite de l'*absence du sexe génital*, et par cela seul, que ces sujets restent semblables à des enfants » (1).

La carence des glandes sexuelles est soit *primaire*, soit *secondaire*.

Primaire, la carence des glandes sexuelles réalise un *infantilisme pur*. Son rôle est indiscutable chez les sujets qui présentent de l'*anorchidie* ou de l'*anovarie* du fait, d'une aplasie des testicules ou des ovaires, de la castration bilatérale effectuée avant la puberté, d'une atrophie consécutive à des lésions de ces glandes. L'*eunuque* est un infantile typique (2).

Secondaire, la carence des glandes sexuelles est subordonnée à des aplasies ou à des altérations destructives soit de la *glande thyroïde*, soit de *l'antéhypophyse*. Dans ces éventualités, la carence de la thyroïde ou de l'antéhypophyse empêche l'évolution et l'activité des glandes sexuelles ; la carence des glandes sexuelles, qui en est la conséquence, entraîne l'absence de puberté et l'infantilisme.

Au syndrome hypophysaire ou « au syndrome thyroïdien s'est associé un syndrome sexuel » (3).

Ces infantilismes secondaires sont dits *thyroïdien* ou *hypophysaire*. A l'encontre de l'infantilisme primaire, qui est *pur*, ceux-ci sont *complexes*, car au syndrome d'infantilisme s'intriquent d'autres syndromes relevant de l'insuffisance thyroïdienne ou de l'insuffisance antéhypophysaire.

Je vais étudier ces infantilismes secondaires.

I. — L'infantilisme dit thyroidien

C'est Edouard Brissaud qui, en 1894, individualisa l'*infantilisme thyroïdien*. Pour lui, l'infantilisme vrai se range à côté du *myxœdème congénital*, décrit par Bourneville, en 1880, qui est dû à l'absence congénitale du corps thyroïde, et du *crétinisme* lié au goître endémique. Il s'agit d'un *infantilisme myxœdémateux*, qu'on a appelé *infantilisme du type Brissaud*, par opposition à l'*infantilisme du type Lorain*.

En fait, l'infantilisme, tel que le conçoit Brissaud, relève non pas du myxœdème congénital mais des *myxœdèmes frustes*, de l'*hypothyroïdie* ou *dyshypothyroïdie*, qu'ont décrit Thibierge (1891 et 1898), Hertoghe (1897 et 1899), Victor Hutinel (1902), etc.

A la suite de Brissaud, la question de l'infantilisme semble se confondre avec celle du myxœdème fruste. En 1909, Victor Hutinel et Léon Tixier (4), écrivent :

« La tendance générale est de rapporter tous les cas d'infantilisme au corps thyroïde : telle est l'opinion de M. Hertoghe, d'Anvers ; c'est aussi celle de M. Brissaud, dont les idées sont résumées dans la thèse récente (1907) de son élève, M. Halmagrand. »

Cette opinion doit être et a été révisée.

L'infantilisme lié à la carence ou à la déficience de la glande thyroïde est caractérisé par les mêmes *symptômes essentiels, pathognomoniques* que l'infantilisme par anorchidie ou anovarie primaires. A ces symptômes s'intriquent ceux du *myxœdème avéré* ou *fruste*, qui conduisent au diagnostic étiologique de cet infantilisme. De ce fait, le tableau clinique est complexe.

Symptomes essentiels, pathognomoniques. — Quand le myxœdémateux avéré ou fruste arrive à l'âge où devrait évoluer la *puberté*, s'il était un sujet normal, celle-ci ne s'installe pas. Les symptômes essentiels sont d'*ordre négatif*.

Les **caractères sexuels secondaires** n'apparaissent pas et les **organes génitaux** ne grossissent pas.

Chez le garçon : à 14 ans et demi, les poils ne sortent pas dans la région pubienne (P* A*, suivant la notation de Paul Godin). Vers 15 ans et demi, le pubis et les aisselles sont toujours glabres, la voix ne mue pas, il n'y a aucun signe d'éclosion de la puberté. Vers 17 ans et demi, âge normal de l'achèvement de la puberté, l'état reste le même, la pomme d'Adam ne devient pas apparente, la moustache ne sort pas.

Vers 17 ans, le pénis ne grossit pas, le scrotum ne se développe pas, les testicules restent petits. On peut faire la même constatation pour la prostate et les vésicules séminales.

Le sujet reste imberbe.

Chez la fille : vers 11 ans, les glandes mammaires ne commencent pas à grossir. Vers 12 ans, les poils ne sortent pas sur le pubis et le bord libre des grandes lèvres. Vers 13 ans, âge moyen d'éclosion de la puberté, le pubis et les aisselles sont toujours glabres, les grandes lèvres ne s'épaississent pas, la première menstruation ne survient pas. Vers 15 ans, âge d'achèvement de la puberté, l'état reste le même, les grandes lèvres sont petites et molles, le vagin est étroit, l'utérus petit.

D'autre part, on n'observe pas *dans l'ordre psychique* et l'*ordre moral* les transformations qu'entraîne la puberté. Mais l'absence de celles-ci peuvent reconnaître une autre cause, car le psychisme et le moral des myxœdémateux congénitaux, qui sont idiots, et des hypothyroïdiens sont profondément troublés par la déficience de la glande thyroïde.

Symptomes du myxœdème. — Ce sont les symptômes du myxœdème qui donnent sa note particulière à cette variété d'infantilisme. Ils sont très caractérisés dans le *myxœdème congénital*, plus ou moins atténués, frustes, dégradés dans le *myxœdème fruste* ou *dyshypothyroïdien*. En voici un résumé.

1° **Myxœdème congénital.** — La *croissance staturale* est très faible. La *taille*, qui est généralement normale à la naissance et pendant les premiers mois, est de plus en plus inférieure à celle des sujets normaux jusqu'au début de l'âge adulte ; à partir de la moyenne ou de la grande enfances, le *nanisme* s'installe. A l'âge de la puberté, de la jeunesse, de l'adulte, le myxœdémateux est un *nain*. L'infantilisme myxœdémateux est, dit-on, un *infantilo-nanisme*.

On remarque la *brachyskélie*, le volume du crâne et du thorax.

Les *téguments* sont infiltrés, les tissus sous-cutanés épais, le *poids* est supérieur au poids moyen des sujets plus jeunes de même taille, la *corpulence* forte.

A ces symptômes somatiques, dont je ne poursuis pas l'énumération, s'ajoute l'*idiotie* complète ou incomplète, mais toujours très grande.

Bref, chez le myxœdémateux congénital, qui a dépassé l'âge de la puberté, s'intriquent trois syndromes : le *nanisme*, l'*idiotie*, l'*infantilisme*. Ce dernier est caractérisé par l'absence de puberté. Par ailleurs, le myxœdémateux *ne*

(1) Nobécourt (Pierre). Quelques considérations sur l'Infantilisme. — L'Infantilisme résulte de l'absence de puberté du fait de la carence des glandes sexuelles. *Gazette des Hôpitaux*, 114e année, nos 75-76, 17-20 septembre 1941, p. 737.

(2) Nobécourt (Pierre). L'infantilisme par anorchidie ou anovarie primaires. *Gazette des Hôpitaux*, 114e année, nos 87-88, 29 octobre-1er novembre 1941, p. 857.

(3) Nobécourt (P.). *Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse.* Ernest Flammarion, Paris, 1923.

(4) Hutidel (V.). *Les maladies des enfants.* Asselin et Houzaud, Paris, 1909, Tome II.

ressemble pas à un enfant ; il n'en a pas l'habitus, la morphologie, les caractères anthropométriques, le psychisme ; c'est un être *anormal sous tous les rapports ;* il est hideux et donne une impression pénible.

2° **Myxœdème fruste ; dyshypothyroïdie.** — C'est aux sujets atteints de myxœdème fruste qu'on réserve, en général, avec Edouard Brissaud, l'appellation d'*infantilisme myxœdémateux*.

Ils ont une *taille* petite, mais, sauf exception, la réduction reste dans les limites des *hypotrophies staturales* légère ou moyenne : ce ne sont pas des nains.

La *brachyskélie* est habituelle. Le *poids*, le *périmètre thoracique* sont supérieurs à ceux des sujets normaux plus jeunes, de même taille ; la *corpulence* est exagérée.

Dans l'ensemble, l'hypothyroïdien est court et trapu.

Par ailleurs, on découvre, à l'examen, plus ou moins nombreux, les *petits signes* du myxœdème. La peau présente une infiltration légère, les traits sont un peu épais, le teint est pâle, le front bas et étroit, le crâne assez volumineux. Les cheveux sont médiocrement fournis, secs et durs, les sourcils peu accusés, etc.

Ces sujets ont une *activité physique* et *psychique* médiocre ; ils sont sages et tranquilles, ont un caractère doux. Leur travail intellectuel est difficile et peu profitable ; ils fixent difficilement leur attention et présentent de l'*aprosexie* (α, privatif ; προσέχειν, être attentif). Ce sont des élèves mauvais ou médiocres, qu'on considère comme des paresseux.

Chez eux, on constate l'*absence des transformations psychiques et morales* qui se produisent normalement à la puberté, sous l'influence desquelles l'enfant acquiert les qualités soit du jeune homme soit de la jeune fille.

Le myxœdème congénital est la conséquence d'une *athyroïdie ;* l'infantilisme qu'il cause est complet et définitif, si on n'institue pas l'opothérapie thyroïdienne.

Le myxœdème fruste relève d'une *dyshypothyroïdie.* Celle-ci s'installe plus ou moins tardivement pendant l'enfance ou à l'âge de la puberté ; elle est due à des troubles fonctionnels relevant d'une dysplasie ou de lésions plus ou moins profondes de la glande thyroïde ; ces troubles fonctionnels s'exagèrent souvent pendant la grande enfance et à la période de la puberté (1) ; ils peuvent être transitoires et s'améliorer soit spontanément soit sous l'influence du traitement ; ils peuvent être plus ou moins profonds. Leur retentissement sur les glandes sexuelles est donc plus ou moins durable et plus ou moins sévère.

L'infantilisme peut être **transitoire.** Il résulte d'un *retard de la puberté* qui débute au delà de l'âge où, normalement, elle aurait du évoluer.

Au lieu d'infantilisme, il peut y avoir **juvénilisme.** La puberté évolue, mais cette évolution est imparfaite et parfois même avorte avant son achèvement. Les caractères sexuels secondaires, l'accroissement des organes sexuels restent au stade de la jeunesse. Ces sujets rappellent les *infantiles du type Lorain,* avec leur toison pubienne peu fournie, leurs organes génitaux peu développés, la moustache et la barbe discrètes ou absentes, et, chez la fille, les seins menus, les irrégularités menstruelles, l'oligoménorrhée, etc. D'ailleurs Hertoghe attribuait ce type d'infantilisme à une déficience thyroïdienne. Mais il faut se garder de généraliser et faire la preuve de l'intervention d'un trouble thyroïdien ; celui-ci fait souvent défaut.

Dans les myxœdèmes frustes, les symptômes cliniques permettent d'hésiter sur la réalité d'un trouble des fonctions thyroïdiennes. C'est surtout alors que la recherche de la *dépense de fond* ou *métabolisme de base,* en permettant de constater un abaissement notable, a son utilité.

L'évolution de l'infantilisme et du juvénilisme myxœdémateux est grandement influencée par l'*opothérapie thyroïdienne,* dont je traiterai ci-dessous.

(1) Nobécourt (P.). *Clinique Médicale des Enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance.* Masson et Cie, Paris, 1926, III. L'hypothyroïdie de la puberté (août 1919).

II. — L'infantilisme dit hypophysaire

L'infantilisme dit hypophysaire a été soupçonné presque en même temps que l'infantilisme thyroïdien. En 1891, Paltauf constate une selle turcique très agrandie chez un homme de 41 ans, infantile et ayant une taille de 112 centimètres.

Son histoire est liée à celle de l'*hypotrophie staturale* et du *nanisme dits hypophysaires.* Beaucoup plus rares sont les cas où il est associé à l'*hypertrophie staturale* et au *gigantisme.* Il est sous la dépendance de certaines *tumeurs de l'hypophyse ;* quand il n'existe pas de tumeur, se révélant par des signes cliniques ou radiologiques, l'existence de lésions de l'hypophyse prête à discussion.

En 1911, Burnier (1) décrit le *Nanisme hypophysaire* à l'aide des faits relevés dans la littérature et d'une observation personnelle. A la même époque, Achille Souques et Stephen Chauvet (2) étudient l'*Infantilisme hypophysaire* à propos du malade de Burnier. En 1914, Stephen Chauvet (3) consacre sa thèse de doctorat à la description de cet infantilisme.

Le malade de Burnier, Souques et Chauvet est un homme de 27 ans ; sa croissance staturale s'est arrêtée vers 10 ans : il mesure 127 centimètres et pèse 29 kg. 500. Il n'a pas de caractères sexuels secondaires ; ses organes génitaux sont minuscules. Son intelligence est puérile. A la nécropsie, on trouve un kyste de l'hypophyse, gros comme une mandarine, développé dans le lobe antérieur, refoulant les parties voisines de l'encéphale, à contenu gélatineux, avec des cristaux de cholestérine ; un corps thyroïde petit, pesant 3 grammes au lieu de 25 à 30 grammes, sans altérations appréciables du tissu glandulaire.

Depuis 1914, un assez grand nombre d'observations a été publié, sous les appellations soit de *Nanisme hypophysaire,* soit d'*Infantilisme hypophysaire.* J'en mentionne plusieurs dans des leçons et divers travaux, où je relate l'histoire d'un garçon de 12 ans, de taille très réduite que j'ai pu suivre jusqu'à 23 ans, qui n'a pas eu de puberté et est devenu infantile (4).

L'insuffisance de la croissance staturale et la *réduction progressive de la taille* sur les tailles moyennes pour le même sexe, aux mêmes âges, sont les premiers phénomènes en date. L'enfant présente une *hypotrophie staturale* de plus en plus forte et, à un moment donné, un véritable *nanisme.*

Le trouble porte sur la croissance staturale globale. La *proportion entre les membres inférieurs et le buste,* le *rapport de Manouvrier,* le *poids* et le *rapport du poids à la taille,* le *périmètre thoracique* et le *rapport du périmètre*

(1) Burnier. Tumeur de l'hypophyse avec arrêt de développement du squelette. Nanisme hypophysaire. *La Presse médicale,* 25 novembre 1911.

(2) Souques et Chauvet (Stéphen). Infantilisme hypophysaire. *Société de Neurologie,* 7 décembre 1911.

(3) Chauvet (Stéphen). L'Infantilisme hypophysaire. *Thèse de Paris,* 1914.

(4) Nobécourt (P.). *Clinique médicale des enfants. Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines.* Masson et Cie, Paris, 1936. XIII. Sur un garçon présentant une forte hypotrophie staturale et une selle turcique très grande. Hypotrophie staturale et nanisme dits hypophysaires (16 mars 1929).

Nobécourt (P.). *Clinique. Loc. cit.* — XIV. Croissance staturale et taille dans les tumeurs de l'hypophyse (6 juin 1931).

Nobécourt (P.) et Kaplan (M.). Hypotrophie staturale et nanisme, in Nobécourt (P.) et Babonneix (L.). *Traité de médecine des enfants.* Masson et Cie, Paris, 1934, tome I.

Nobécourt (P.). Histoire d'un garçon atteint de nanisme et d'infantilisme d'origine hypophysaire. *Volume di Scritti medici in onore de R. Jemma.* Ettore Sormani, Milan, 1934.

Nobécourt (Pierre). Les insuffisances de croissance staturale. *Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift,* 65, Iachrgang, 1935, n° 38.

Nobécourt (Pierre) et Brickas (Sotirios). Traitement par la testostérone d'un garçon de 22 ans, présentant une hypotrophie staturale et un infantilisme d'origine hypophysaire (tumeur de la poche de Rathke). *Académie de Médecine,* 22 juillet 1941.

thoracique à la taille, le *coefficient de Pignet*, le *périmètre occipito-frontal* sont, en général, à peu près conformes à ceux des enfants normaux, plus jeunes, dont le malade a la taille.

Dans certains cas, le poids ou le poids et le périmètre thoracique sont relativement trop forts pour la taille et, par suite, le coefficient de Pignet est inférieur à celui des enfants dont le malade a la taille, la corpulence est forte. Parfois le crâne est un peu gros.

Dans l'ensemble, la *morphologie générale* est celle des enfants plus jeunes dont le malade a la taille. Elle est *harmonieuse*. Il s'agit (1) d'une *hypotrophie staturale* ou d'un *nanisme simples* et non d'une *hypotrophie staturale* ou d'un *nanisme complexes*, qui diffèrent des précédents, « d'une part, par une dysharmonie morphologique plus importante, d'autre part, par divers symptômes ; ceux-ci permettent de reconnaître des affections ou des syndromes, dont les retards ou les arrêts de la croissance staturale constituent un élément important ». Le type de ces nanismes complexes est réalisé par le *myxœdème congénital*.

En général, l'enfant ne présente pas de symptômes autres que le trouble de la croissance ; c'est ce dernier qui attire l'attention sur l'hypophyse. Le diagnostic se fait par la *radiologie* qui révèle un agrandissement de la selle turcique, une *tumeur intra-sellaire*. Parfois, la tumeur est en même temps *supra-sellaire*. Il peut exister alors un *syndrome de tumeur de la région hypophysaire*, réalisé par la compression ou la destruction du chiasma des nerfs optiques : céphalée bitemporale, syndrome chiasmatique, etc...

Quand la malade a atteint l'âge où devrait s'installer et évoluer la puberté, celle-ci ne survient pas. Au syndrome de réduction staturale s'intrique le syndrome d'Infantilisme.

Je ne le décris pas à nouveau, ce serait répéter ce qui a été exposé ci-dessus à propos de l'*Infantilisme myxœdémateux*.

Une fois dépassé l'âge où aurait dû évoluer la puberté, le malade présente, intriqués, un *syndrome d'infantilisme* et un *syndrome d'hypotrophie staturale* ou de *nanisme*. De même que l'infantilisme myxœdémateux, l'infantilisme hypophysaire est un *infantilo-nanisme*.

Les caractères de ce dernier subissent alors quelques modifications. Chez certains sujets, la croissance est arrêtée et la réduction staturale augmente jusqu'au début de l'âge adulte, quand la croissance des sujets normaux cesse. Chez d'autres, la croissance, quoique faible, se poursuit et, comme, d'autre part, elle se ralentit puis s'arrête chez le sujet normal, la réduction staturale sur la taille moyenne de l'âge peut diminuer, un nain devenir un hypotrophique.

Si la malade ne grandit pas ou ne grandit que très peu, par contre, comme chez les sujets normaux, son poids, son périmètre thoracique s'accroissent, son coefficient de Pignet diminue, *sa corpulence augmente*. Sa morphologie ne conserve pas l'harmonie qu'elle avait pendant l'enfance ; son hypotrophie ou son nanisme se rapprochent des hypotrophies et des nanismes complexes.

Dans l'accroissement de la corpulence, le *tissu adipeux* joue un rôle ; en général, ce rôle n'est pas très important ; l'adiposité peut être assez forte ; elle va rarement jusqu'à l'*obésité*, surtout chez les enfants. Certains malades peuvent devenir obèses et réaliser un *syndrome adiposo-génital* ; mais l'obésité n'est pas liée à l'infantilisme ; c'est autre chose.

On peut rencontrer d'autres manifestations : un *diabète insipide* ou un *diabète sucré*, par exemple.

(1) Nobécourt (P.). *Les enfants trop petits*. L'Expansion scientifique fançaise. Paris, 1929, p. 75.

Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance. Masson et Cie, 1926. V. Les hypotrophies de la moyenne et de la grande enfance (27 mai 1922).

Traité de médecine des enfants. Loc. cit., p. 64.

Les tumeurs de l'hypophyse qui sont à l'origine de l'infantilisme de l'hypophysaire sont le plus habituellement, avant 20 ans, d'après Harvey Cushing et Clovis Vincent (1) développées aux dépens des *vertiges embryonnaires de la poche de Rathke*, de la *pars intermedia* ; on les appelle *tumeurs adamantinoïdes, kystes papillomateux, cranio-pharyngiomes*. En progressant elles compriment et détruisent le lobe antérieur ; cette destruction a pour conséquence le trouble de la croissance staturale et de l'évolution des glandes sexuelles. Je reviendrai ci-dessous sur cette question et sur le rôle des altérations du système nerveux des régions voisines ou éloignées de l'hypophyse.

On a signalé des cas d'*atrophie* de l'hypophyse ; on se demande si des lésions de l'antéhypophyse, autres que les tumeurs, ne pourraient pas également entraîner le nanisme et l'infantilisme.

Nanie Feine (2) se pose cette question à propos de certains sujets, présentant une réduction globale de la taille respectant la proportion du corps d'adulte, *n'ayant pas eu de puberté*, dont les épiphyses ne sont pas soudées, ayant l'intelligence de leur âge, une vision et une selle turcique normales, qu'elle classe dans l'*Infantilisme type Lorain*. D'après elle, celui-ci « semble relever d'une insuffisance hypophysaire » parce que, d'une part, les signes cliniques, d'autre part, les signes humoraux (hypoglycémie) sont les mêmes que dans les tumeurs hypophysaires et thalamiques. Le fait est possible mais non démontré : c'est une hypothèse.

Tel est l'*infantilisme avec nanisme* d'origine hypophysaire. Il existe d'autre part un infantilisme avec gigantisme, un *infantilo-gigantisme*, également d'origine hypophysaire.

Celui-ci est rare dans l'enfance et la jeunesse, les *adénomes* de l'antéhypophyse, responsables de l'exagération de la croissance ne se rencontrent guère en effet avant la puberté.

D'après Launois et Roy, les *géants acromégales*, hommes ou femmes, parvenus à l'âge adulte n'ont pas eu de puberté et sont infantiles. « Toutefois, remarque E. Apert (3), il faut savoir, que le retard sexuel, qui n'est pas rare chez les géants acromégales, n'est ni aussi constant ni aussi définitif qu'on l'a dit. »

Apert pense que les différences sexuelles entre ces malades tiennent à l'état du *corps thyroïde*. Quand leur sexualité est normale, « on a toujours noté une hypertrophie considérable du corps thyroïde pesant jusqu'à 100, 150 et même 250 grammes et ayant quatre à cinq fois son volume normal ». Quand ils sont infantiles, « le corps thyroïde a un poids et une dimension voisins de la normale. Il n'est pas en valeur absolument atrophié, mais il l'est relativement au lobe antérieur hypertrophié de l'hypophyse. L'infantilisme des acromégales paraît donc relever d'une *insuffisance relative du corps thyroïde* et, en fait, on l'améliore tant au point de vue sexuel qu'au point de vue soudure des épiphyses par l'administration de préparations thyroïdiennes ».

J'ai suivi une fille, Anna M..., qui présentait un *syndrome d'hypertrophie staturale et d'acromégalie* (4).

A 9 ans, on remarque qu'elle commence à grandir d'une façon anormale ; ses pieds augmentent très rapidement. Quand je la vois à 13 ans et 2 mois, elle mesure 162 centimètres au lieu de 142 cm. 5 ; son excès statural est de 19 cm. 5, soit 13,6 % ; elle a la taille d'une femme adulte à la limite inférieure des hypertrophies staturales légères.

(1) Vincent (Clovis). *Société de neurologie*, 7 décembre 1928.

(2) Feine (Nanie). Sur quelques cas d'Infantilisme. Sont-ils hypophysaires ? *Thèse de Paris*, 1941. A. Legrand.

(3) Apert (E.). Les infantilismes. *La Pratique médicale illustrée*, dirigée par Sergent (E.), Mignot (R.), Turpin (R.). G. Doin et Cie, Paris, 1931, p. 17.

(4) Nobécourt (P.). *Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance*. Masson et Cie, Paris 1926. — VII. Sur une fille atteinte d'un syndrome d'hypertrophie staturale et d'acromégalie (29 novembre 1924).

Son rapport de Manouvrier, son poids, son périmètre thoracique, son coefficient de Pignet sont à peu près conformes aux moyennes pour la taille. Sa morphologie est harmonieuse.

Ses seins sont bien formés, ses poils pubiens fournis ; elle n'a pas de poils axillaires. Elle n'a jamais eu ses règles.

Elle continue de grandir. A 17 ans (1), elle mesure 176 centimètres, au lieu de 154 centimètres : son excès statural est de 22 centimètres, soit 14,2 % ; son hypertrophie staturale est très forte. Par ailleurs, pour sa taille, le rapport de Manouvrier (0,898) est moyen, le poids, 71 kilos, légèrement supérieur. Elle n'est toujours pas réglée.

Elle *n'est pas infantile*. Sa morphologie est celle d'une femme adulte.

Le *métabolisme de base* est :

	Calories par heure et mètre carré	Par rapport aux filles de même age	Par rapport aux filles de 20 a 30 ans de même taille
	—	—	—
13 ans 2 mois ..	39,5	— 12 %	+ 6,7 %
14 ans 8 mois ..	45	+ 2,2 %	+ 21,7 %

Ces nombres ne permettent pas de conclure à un trouble des fonctions thyroïdiennes. Cliniquement d'ailleurs, il n'existe aucun signe d'hypo ou d'hyperthyroïdie.

III. — Déterminisme des infantilismes secondaires dits thyroïdiens et hypophysaires

La réalité des *infantilismes secondaires à des lésions de la glande thyroïde ou de l'antéhypophyse* est établie par l'observation clinique et par l'expérimentation. Ils s'installent quand l'ablation ou les lésions de la glande entraînent une *carence des hormones dites gonadotropes* (γόνοσ, semence), thyroïdiennes ou antéhypophysaires, indispensables à l'évolution et à la maturation des glandes sexuelles, testicules ou ovaires. A ces carences s'ajoute la *carence sexuelle*, qui empêche l'installation de la puberté, laquelle résulte de l'action des *hormones sexuelles*.

D'autre part, la glande thyroïde et l'antéhypophyse secrètent des *hormones dites somatotropes* (σῶμα, corps), indispensables à la croissance staturale ; leur carence a pour conséquence l'insuffisance de la croissance staturale, l'*hypotrophie staturale* et le *nanisme*. C'est pourquoi, à partir de l'âge de la puberté, nanisme et infantilisme sont généralement intriqués.

L'action de l'*opothérapie thyroïdienne* ou de l'*opothérapie antéhypophysaire* apporte une confirmation ; je lui consacrerai un chapitre spécial.

Résumons les principales données expérimentales (2).

A. **Infantilisme dit thyroïdien.** — Les enfants atteints de *myxœdème congénital* ou *précoce*, de *goître endémique*, qui entraînent l'*athyroïdie*, n'ont pas de puberté et deviennent des *infantiles*.

Leurs testicules ou leurs ovaires ne présentent aucune des modifications qu'ils présentent chez les sujets normaux à la période de la puberté.

La *thyroïdectomie totale* et le *myxœdème chirurgical*, qui en est la conséquence, ont les mêmes effets.

L'*ablation expérimentale* de la glande thyroïde chez des animaux nouveau-nés ou tout jeunes, pratiquée par Hofmeister, von Eiselsberg (1893), Moussu (1897), Jeandelyse (1903) et bien d'autres, chez le lapin, la chèvre, l'agneau, entraîne l'absence de développement des organes sexuels, la non apparition des caractères sexuels secondaires, l'infantilisme. De même la sclérose de la glande thyroïde, que G.-H. Roger et Marcel Garnier ont obtenue, chez le jeune chien, par l'injection de napthol dans une artère thyroïdienne.

B. **Infantilisme dit hypophysaire.** — Les enfants porteurs de *lésions destructives de l'antéhypophyse* restent, l'âge venu, des infantiles.

L'*ablation expérimentale* de l'hypophyse ou du lobe antérieur seul, chez un mammifère impubère, chien, cobaye, etc..., réalisée par Aschner (1912), Jean Camus et G. Roussy (1913), B.-A. Houssay et Hug (1921), etc., entraîne l'absence d'acroissement des organes génitaux et d'apparition des caractères sexuels secondaires.

L'ovaire reste petit ; les follicules primordiaux, les follicules de Graaf sont dégénérés, il n'y a ni ovulation ni corps jaunes. L'utérus reste grêle et ne se contracte pas.

Le testicule ne grossit pas ; il n'y a pas de spermatogénèse, d'accroissement de la glande interstitielle. Le pénis, les vésicules séminales restent grêles.

C. **Interrelation thyro-antéhypophysaire.** — La carence thyroïdienne et la carence antéhypophysaire, réalisées avant la puberté, entraînent l'absence de puberté et l'infantilisme. La clinique et l'expérimentation démontrent leur rôle.

Le *problème suivant se pose* : les hormones thyroïdiennes et les hormones antéhypophysaires agissent-elles les unes et les autres directement sur les glandes sexuelles, sont-elles toutes deux des hormones gonadotropes ou bien celles-ci sont-elles produites par une d'elles, l'autre agissant indirectement sous l'influence de la première ?

Il existe, en effet, une *interrelation fonctionnelle entre la thyroïde et l'antéhypophyse.*

La *thyroïdectomie* entraîne, en général, l'augmentation du poids et du volume de l'antéhypophyse, l'augmentation du nombre et la vacuolisation des cellules basophiles, qui secréteraient les hormones gonadotropes, la diminution des cellules éosinophiles qui secréteraient l'hormone de croissance, la disparition de la colloïde. Suivant les expérimentateurs, les modifications seraient soit insignifiantes soit importantes et traduiraient alors un hyperfonctionnement intense.

L'administration de l'hormone thyroïdienne corrige ces effets.

Les conséquences de ces modifications sont assez difficiles à interpréter. « Si certains faits paraissent bien établis, écrivent Roussy et Mosinger (p. 728), de nombreuses inconnues persistent encore, quant au rôle joué par les différentes variétés de cellules hypophysaires. »

Après thyroïdectomie d'après B.-A. Houssay (p. 25), les « hypophyses présentent une diminution de leur action gonadotropique (Evans et Simpson, Van Dyke et Chen, Reforzo-Membrives), thyrotropique (Reforzo-Membrives) et galactogénétique (Max Queen-Williams) ». D'après P. Sainton, H. Simonnet et L. Brouha (p. 110), au contraire, « on peut admettre que la thyroïdectomie produit non seulement une augmentation de la sécrétion d'hormone thyrotrope hypophysaire, mais aussi d'hormone gonadotrope et somatotrope ».

L'*ablation de l'antéhypophyse* est suivie d'une diminution du poids et de la vascularisation de la glande thyroïde, avec atrophie et aplatissement des cellules des vésicules, dont les noyaux sont petits et denses, une colloïde compacte, presque sans vacuoles. La thyroïde est en état d'hypofonctionnement, mais non d'athyroïdie (B.-A. Houssay, p. 24).

La glande thyroïde et l'antéhypophyse s'influencent donc mutuellement. Faut-il admettre qu'une seule secrète une hormone gonadotrope, exerce une action directe sur les glandes sexuelles ? B.-A. Houssay (p. 31) conclut : « Il est probable que les relations physiologiques et que la plu-

---

(1) Nobécourt (P.). *Clinique médicale des enfants. Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines.* Masson et Cie, Paris, 1936. — XIV. Croissance staturale et taille dans les tumeurs de l'hypophyse (6 juin 1931), p. 297.

(2) *Traité de physiologie normale de pathologie*, par Roger (G.-H.) et Binet (Léon), tome IV. Les sécrétions internes (Deuxième édition). Masson et Cie, Paris, 1939.

Association fonctionnelle entre les glandes endocrines, par Houssay (B.-A.) [p. 11 à 63].

Glande thyroïde, par Garnier (Marcel) et Huguenin (René) [p. 265 à 404].

Physiologie de la région hypotholamo-hypophysaire, par Roussy (G.), et Mosinger (M.) [p. 691 à 1009].

Sainton (P.), Simonnet (H.), Brouha (L.). *Endorinologie clinique, thérapeutique et expérimentale.* Masson et Cie, Paris, 1937.



50 GRANULES TITRÉS de
SPARTÉINE HOUDÉ
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
Chaque granule contient exactement
deux centigrammes de sulfate de
DERUFFE

part des relations pharmacologiques entre la thyroïde et les glandes sexuelles se font par l'intermédiaire de l'hypophyse. »

Le problème n'est donc pas résolu. Il est permis de penser qu'un *équilibre thyro-antéhypophysaire* est nécessaire à l'évolution régulière des glandes sexuelles, que la rupture de cet équilibre, soit par carence thyroïdienne, soit par carence antéhypophysaire, suffit à empêcher cette évolution et à entraîner l'infantilisme. On doit conserver les deux types cliniques d'infantilisme secondaire : infantilisme dit thyroïdien, infantilisme dit hypophysaire. Pour les deux, c'est la carence des glandes sexuelles qui cause l'infantilisme.

D. **Infantilisme dit hypophysaire par lésions de la région infandibulo-tubérienne ou d'une région plus éloignée de l'encéphale.** — Le problème des infantilismes dits hypophysaires se complique par l'existence d'infantilismes consécutifs à des lésions de l'encéphale, l'hypophyse étant intacte.

A. Ricaldoni, (de Montevideo) (1), en a publié une belle observation.

Un garçon de 18 ans présente les caractères somatiques d'un garçon de 13 ou 14 ans ; la taille, le périmètre thoracique, le périmètre crânien, la denture, l'ossification sont ceux de cet âge. Il n'a aucun caractère sexuel secondaire ; ses organes génitaux sont petits.

On constate les signes d'une tumeur intra-crânienne et on pense à une tumeur de l'hypophyse. Or, on découvre à l'autopsie une tumeur qui occupe l'*étage supérieur du troisième ventricule, infiltrant les couches optiques*. Ni la région infundibulaire ni l'hypophyse ne sont intéressées ; l'antéhypophyse est normale à l'examen histologique.

Moins exceptionnels sont les cas où la lésion intéresse le *tuber cinereum*.

Les expériences d'Aschner (1912), de Jean Camus et Roussy ont montré que les lésions du *tuber cinereum*, laissant intacte l'antéhypophyse, peuvent déterminer, chez les jeunes chiens, un arrêt de la croissance et une agénésie sexuelle.

Le centre tubérien peut agir sur la fonction génitale, d'après Roussy et Mosinger :

1° Soit par *voie neurale directe*, sur les centres génitaux sous-jacents et notamment sur les centres génito-spinaux ;

2° Soit par voie *neuro-hormonale :* le tuber influençant le lobe antérieur de l'hypophyse et la cortico-surrénale. L'hypophyse et l'hypothalamus présentent entre eux des corrélations et constituent un véritable *système hypothalamo-hypophysaire*.

IV. — Traitement

Pour traiter les infantilismes par carence testiculaire ou ovarienne, secondaires à des lésions soit de la glande thyroïde, soit de l'antéhypophyse, une THÉRAPEUTIQUE SUBSTITUTIVE est indiquée. Elle consiste à rendre à l'organisme les *hormones absentes*, par des *implantations* ou *greffes* des glandes qui sont déficientes ou par des *produits opothérapiques*.

Dans la pratique on a recours à l'*opothérapie thyroïdienne, antéhypophysaire, testiculaire, ovarienne*. Les implantations n'ont été que rarement réalisées. Les résultats qu'a obtenus Serge Voronoff (2), dans quelques cas de myxœdème, par la greffe de la glande thyroïde sont très intéressants.

Opothérapie thyroïdienne. — Elle est indiquée pour le traitement de l'*infantilisme dit thyroïdien*.

Les **produits thyroïdiens** ont une activité bien connue et les *règles du traitement* sont précises (1).

Quand le traitement est poursuivi correctement pendant des années, les effets sur les glandes sexuelles et sur l'infantilisme sont très appréciables.

En voici un exemple.

Il s'agit de Lucienne B... (B. 556) que j'ai traitée de 13 à 21 ans pour un *myxœdème congénital*. J'ai relaté, à plusieurs reprises (2) les phases successives de son histoire.

Née le 25 mai 1907, elle entre le 4 septembre 1920 à la *Clinique médicale des enfants*. C'est une myxœdémateuse typique qui n'a jamais été traitée. Elle est âgée de 13 ans 4 mois, Elle ne présente aucun signe de puberté.

Elle est soumise à l'opothérapie thyroïdienne. Elle reçoit régulièrement, par séries, des extraits thyroïdiens, soit par ingestion, soit par injection sous-cutanée.

Après quatre ans et demi de traitement, vers 18 ans, nous constatons l'apparition des signes de puberté. Ses caractères sexuels secondaires se développent : les seins se forment, les poils pubiens puis les poils axillaires sortent ; à 18 ans 4 mois, surviennent ses premières règles qui durent vingt-quatre heures. Elles sont suivies de menstruations irrégulières et de ménorragies abondantes. Enfin, vers 19 ans et demi, l'opothérapie thyroïdienne étant continuée, les menstruations deviennent régulières. L'infantilisme a donc cédé à l'opothérapie thyroïdienne.

Dans cette observation le traitement thyroïdien a été commencé tardivement. Institué précocement, il peut empêcher l'infantilisme.

Une autre de mes malades, Yvonne (3), est traitée depuis l'âge de 7 ans, quand je la vois, le 19 mai 1921, à 12 ans 3 mois. Elle est notablement améliorée ; elle a quelques poils dans la région pubienne et aux aisselles. Je continue l'opothérapie.

A 13 ans 2 mois, les seins commencent à se former, la pilosité pubienne et axillaire est plus fournie. A 13 ans et demi, surviennent les premières règles.

Il n'y a donc pas d'infantilisme.

Dans la suite, les menstruations sont plus ou moins régulières, souvent peu abondantes, avec des périodes d'aménorrhée.

Yvonne se marie à 24 ans. Onze mois après elle a une fille normale. A 30 ans elle a un fils.

En résumé, l'opothérapie thyroïdienne réalise le traitement de l'infantilisme dit thyroïdien.

Expérimentalement, chez les animaux jeunes, elle peut atténuer les symptômes causés par la thyroïdectomie et améliorer les altérations consécutives des glandes sexuelles.

Opothérapie antéhypophysaire. — Autant l'opothérapie thyroïdienne est efficace, autant les effets de l'opothérapie antéhypophysaire sont incertains (4).

Les **produits extraits de l'antéhypophyse** sont complexes. Fevold, Hisaw et Léonard, en 1936, et ultérieurement, ont isolé et étudié : 1° une *hormone de stimula-*

(1) Ricaldoni (A.). Infantilisme du type hypophysaire et signe d'Argyll-Robertson avec tumeur développée au niveau de la partie thalamique du troisième ventricule et infiltrant les couches optiques, mais n'envahissant pas la région de l'infundibulum et l'hypophyse. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 28 juillet 1922.

(2) Voronoff (Serge). Résultats après vingt ans de la greffe de la glande thyroïde aux crétins myxœdémateux. *Société de pathologie comparée*, 5 octobre 1937.

(1) Nobécourt (Pierre). Opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème congénital. *Le Concours médical*, 23 février 1941. — Myxœdème congénital des enfants et opothérapie thyroïdienne. *Journal des Praticiens*, 5 avril 1941.

(2) Nobécourt (P.). *Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance*, 1926.

I. Sur trois filles atteintes de myxœdème congénital. Conduite et résultats de l'opothérapie thyroïdienne (19 mars 1921).

II. Corps thyroïde et croissance des enfants (20 mai 1922).

Affections des organes hémo-lymphopoïdiques et du sang, 1931. — XIV. Ménorragies et métrorragies de la puberté (9 janvier 1926), p. 276.

Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines, 1936. — VIII. Les aménorrhées de la puberté. Etiologie et traitement (18 mai 1933).

Voir également : *Traité de médecine des enfants. Loc. cit.*, p. 113, les articles du *Concours médical* et du *Journal des Praticiens* (1941).

(3) Nobécourt (P.). *Les syndromes endocriniens. Loc. cit.*, p. 98. — *Clin*, 1926. — V. Les hypotrophies de la moyenne et de la grande enfance (27 mai 1923), p. 93. — Le *Concours médical* et *Journal des Praticiens* (1941).

(4) *Traité de physiologie normale et pathologie, loc. cit.* : J.-B. Houssay, G. Roussy et M. Mosinger.

tion des follicules de l'ovaire, qui provoque également le développement des tubes séminifères du testicule ; 2° une *hormone de lutéinisation,* qui détermine la lutéinisation atrésique des follicules et qui stimule le développement du tissu interstitiel du testicule.

« Ce qui est remarquable, écrit B.-A. Houssay (p. 20), c'est que le développement des tubes séminifères chez les rongeurs ne retentit pas sur les glandes accessoires ni sur les caractères sexuels des hypophyséoprives, tandis que l'hormone lutéinisante hypertrophie le tissu interstitiel, puis les glandes accessoires et accentue les caractères sexuels secondaires... Au contraire, chez les oiseaux, l'hormone qui stimule les follicules et élargit les tubes séminifères fait aussi croître la crête, tandis que l'hormone lutéinisante développe l'interstitielle et stimule peu la croissance de la crête ; ce sont donc les tubes qui, chez les oiseaux, secrètent essentiellement l'hormone masculine. »

Je ne reviens pas sur la question de la glande interstitielle que j'ai exposée dans mes articles précédents.

Les effets si particuliers constatés par les expérimentateurs que je viens de citer tiendraient, d'après Evans et ses collaborateurs, à ce que les extraits hypophysaires contiendraient, non pas deux, mais trois hormones : 1° une *hormone stimulatrice* des follicules (gamétogénétique) et des tubes séminifères (*gonado-stimuline A*) ; 2° une *hormone lutéinisante* (*gonado-stimuline B*) ; 3° une *hormone stimulatrice du tissu interstitiel* de l'ovaire et du testicule (*gonado-stimuline C*) qui exalte les caractères sexuels secondaires masculins.

L'antéhypophyse à côté des *gonado-stimulines* ou *hormones gonadotropes* secrète une *hormone somatotrope* qui stimule la croissance.

Enfin, les produits opothérapiques utilisés en clinique sont des *prolans,* extraits des urines de juments gravides ; ceux-ci, semble-t-il, ne sont pas identiques aux produits extraits de l'antéhypophyse.

Quoi qu'il en soit, l'opothérapie réalisée avec une *hormone gonadotrope* ne parait pas agir très activement sur l'infantilisme dit hypophysaire.

J'ai soigné avec une hormone gonadotrope Jean R..., le garçon atteint de *nanisme* et d'*infantilisme* d'origine hypophysaire, dont il a été question ci-dessus. La cause en est une *tumeur adamantinoïde* ou *cranio-pharyngiome* développée dans les vestiges embryonnaires de la poche de Rathke.

Le ralentissement de la croissance staturale s'est manifesté à partir de 8 ans. Il n'y a pas eu de puberté. A 20 ans le malade est resté infantile. Nous le traitons, pendant un an et demi, Sotirios Briskas et moi, par des injections d'hormone gonadotrope sans constater aucun effet.

Opothérapie sexuelle. — L'infantilisme dit thyroïdien ou dit hypophysaire relève de la carence des hormones sexuelles. L'opothérapie sexuelle est donc indiquée, comme elle l'est dans l'infantilisme primaire, causé par la carence primaire des glandes sexuelles.

J'ai exposé dans mes articles précédents nos connaissances à son sujet.

L'observation de Jean R..., dont j'ai parlé ci-dessus, témoigne de l'efficacité de la *testostérone.* Je l'ai relatée, avec Sotirios Briskas, à l'*Académie de Médecine,* le 22 juillet.

Après l'échec du traitement par l'hormone gonodotrope, nous lui faisons des injections intramusculaires de *Propionate,* puis d'*Acétate de testostérone,* aux doses de 10 et 20 milligrammes par jour.

Le traitement est commencé à 22 ans. Trois mois après son début, la sortie des *poils pubiens* commence et se poursuit ; huit mois après, la toison pubienne est assez épaisse et assez étendue (P^{2-3}) mais est moins abondante que celle d'un garçon normal de 15 ans et demi (P^3 A^1) au moment de l'éclosion de la puberté. Puis apparaissent les *poils axillaires* et une ombre de *moustache.* En même temps, que sortent les poils pubiens, la voix commence à muer, mais conserve un timbre aigu.

Le *pénis* s'allonge et grossit ; au bout de 8 mois, à l'état de flaccidité, sa longueur atteint 5 centimètres, son périmètre 8 cm. 5. Le *scrotum* s'allonge, se plisse et se pigmente. Les *testicules,* qui sont très petits, grossissent ; leur hauteur atteint 1 cm. 5.

Jean a des *érections* et quelques *éjaculations* d'un liquide contenant des cellules séminales en assez grand nombre et donnant la réaction de Florence ; on n'y voit pas de spermatozoïdes.

Le *psychisme* se modifie ; le caractère devient moins puéril ; toutefois, à 23 ans, Jean n'a pas le psychisme d'un homme de son âge.

Somme toute, sous l'influence de la testostérone, la puberté débute et s'installe. Après neuf mois de traitement, elle n'est pas achevée ; mais normalement son évolution dure trois ans.

Jean quitte alors Paris et nous le perdons de vue. Peut-être, si le traitement avait été poursuivi, le résultat aurait été plus complet.

En tout cas, *il n'est plus un infantile ;* on pourrait parler de *juvénilisme.*

Ce résultat a été obtenu par la testostérone seule. Cette action confirme la théorie d'après laquelle l'infantilisme dit hypophysaire est bien dû à la carence secondaire des hormones et harmozones sexuelles, comme l'infantilisme primaire causé par la carence exclusive de ces dernières.

***

Pour conclure, je citerai les lignes que j'écrivais en 1923, il y a dix-huit ans, dans mon livre sur les *Syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse* (1). Elles sont toujours exactes.

L'*insuffisance ovarienne* ou l'*insuffisance testiculaire* se traduisent par « l'*absence de développement des organes génitaux et la non-apparition des caractères sexuels secondaires.* Par suite, devenus jeunes gens ou adultes les sujets conserveront les caractères de l'enfance, resteront des *infantiles.*

« L'*infantilisme* est le véritable syndrome d'insuffisance sexuelle.

« Tantôt il est la conséquence d'une lésion primitive des glandes sexuelles, tantôt il est secondaire à des troubles fonctionnels du corps thyroïde, de l'hypophyse, des capsules surrénales, avec les réserves qui ont été faites. On décrit un infantilisme myxœdémateux, hypophysaire, surrénal. Ces expressions indiquent l'origine de l'infantilisme mais celui-ci est toujours la conséquence de l'insuffisance des glandes sexuelles. La cause prochaine de l'infantilisme est toujours donc une déficience des sécrétions internes des glandes génitales. « L'infantilisme est un », a écrit Souques fort justement. »

L'infantilisme est un *syndrome uniglandulaire.* Mais il peut s'intriquer à d'autres syndromes endocriniens relevant des troubles fonctionnels de diverses glandes endocrines, du fait des *actions glandulaires réciproques,* des *interrelations humorales,* des *synergies glandulaires.* Le *primum movens* est tantôt les glandes sexuelles, tantôt le corps thyroïde ou l'hypophyse.

Le complexus clinique réalise alors ces *syndromes pluriglandulaires* décrits par Henri Claude et Henri Gougerot (1907-1908), puis Sourdel (1912). Mais la première glande atteinte imprime au syndrome une marque caractéristique : l'eunuque par castration testiculaire a les caractères de l'eunuque ; le myxœdémateux ceux du myxœdémateux ; le porteur d'un cranio-pharyngiome ceux qui résultent de la destruction de l'antéhypophyse. Il s'agit de *syndromes pluriglandulaires à point de départ uniglandulaire.*

Il appartient au clinicien, en présence d'un infantile, d'élucider le problème et de conduire sa thérapeutique en conséquence. Il importe de préciser les indications de l'*opothérapie,* de se méfier d'une *polyopothérapie* aveugle. Il ne faut pas prescrire au hasard des extraits glandulaires multiples, dont les effets peuvent se contrarier, ou qui, pour le moins, sont sans utilité.

---

(1) *Loc. cit.,* p. 276.

UNE CURE IODÉE
XX GOUTTES AVANT CHAQUE REPAS

IODONUCLÉOL

SANS DANGER D'IODISME

LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

IODONUCLÉOL

INDICATIONS

Toutes les indications de l'Iode

artério-sclérose
hypertension
angine de poitrine
asthme
emphysème pulmonaire
affections rhumatismales diverses
bronchites
adénites
obésités

FLUVEINOSE

Régulateur circulatoire

INDICATIONS

troubles
de la circulation veineuse
formation
ménopause
varices

FLUVEINOSE
MAUCHANT

FORMATION
MÉNOPAUSE
VARICES

DOSES
25 gouttes dans un peu d'eau 3 fois par jour avant les repas.

RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE
LABORATOIRE MAUCHANT - GENNEVILLIERS (SEINE)
J. EURY, Docteur en Pharmacie

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

La dilatation congénitale de l'artère pulmonaire

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Il y a quatre ans, le professeur Cossio et M. Arana (de Buenos-Aires) faisaient connaître (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, Paris, 117, 1937, p. 212), une syndrome caractéristique de la communication interauriculaire et constitué, avant tout, par des éléments d'ordre radiologique : augmentation de volume des cavités droites avec proéminence de l'arc inférieur droit, dilatation de tout l'arbre artériel pulmonaire, avec forte saillie de l'arc moyen, bombé, pulsatile, et ombres hilaires considérablement élargies et souvent animées de battements pulsatiles, alors que l'hémicercle aortique frappait par son exiguité, ou même par son invisibilité. Pour ces auteurs, cette image s'expliquait par le fait qu'une partie du sang déversé des veines pulmonaires dans la grande circulation passait, à la faveur de la communication interauriculaire, dans l'oreillette droite, d'où surcharge circulatoire droite : artère pulmonaire, ventricule et oreillette, s'opposant à l'amoindrissement du segment gauche frustré, d'où aorte étroite, petit ventricule gauche, sténose mitrale.

***

Reprenant ce sujet, dont ils s'étaient déjà occupés avec divers auteurs (Oppenheim, Laubry et M. Pezzi, D. Routier et H. Brumtick, D. Routier et Heim de Balsac), MM. Ch. Laubry et D. Routier montrent (1), après cinq années de recherches, que, si le syndrome décrit par les auteurs argentins existe réellement ; il doit, en fait, être rattaché non à une communication interauriculaire, mais à une dilatation congénitale de l'artère pulmonaire.

Ces auteurs commencent par rapporter huit observations personnelles, avec autopsie permettant d'affirmer que, d'une part, le syndrome décrit par MM. Cossio et Arana ne dépend pas d'une communication interauriculaire, puisque celle-ci faisait défaut 7 fois sur 8, que de l'autre, il était en rapport avec une lésion de l'artère pulmonaire, dont des raisons de valeur : âge des malades, fréquences des stigmates congénitaux associés, dont une hypoplasie aortique presque constante, permettent de soupçonner le caractère congénital. A ces raisons, invoquées par MM. Ch. Laubry et D. Routier, ajoutons-en d'autres, tirées du mémoire de MM. Kourilsky, M. Guédé et J. Regaud (2), les unes anatomiques : intégrité des parois de l'artère pulmonaire, les autres cliniques : 6 fois sur 9, association de malformations, soit cardiaques : communication interauriculaire ; soit pulmonaires : kyste congénital, thyroïdiennes : goître plongeant ; rénales : rein polykistique ; articulaires : luxation congénitale. A cette liste, ajoutons le mégacôlon. Cette cause avait, d'ailleurs, été incriminée, en 1928, par MM. E. Sergent, H. Durand et R. Kourilsky (3).

Quels en sont les éléments essentiels ?

Les principaux sont d'ordre radiologique (4) et peuvent être ainsi résumés : *grosse artère pulmonaire, petite aorte*. Veut-on plus de détails ? Lisons alors le protocole de l'examen pratique chez une femme de service du Prof. Ch. Laubry, essoufflée et cyanosée dès l'enfance et chez qui, à onze ans, on a découvert une cardiopathie :

Augmentation modérée du volume cardiaque portant à la fois sur la masse ventriculaire et sur le bord droit. En frontale, l'arc moyen est occupé par une saillie régulière, hémisphérique, du volume d'une mandarine, cachant le hile gauche. Le hile droit est formé par l'image en virgule de l'artère pulmonaire droite, large de deux travers de doigt. L'hémicercle aortique est à peine visible. Les positions oblique et transverse donnent des résultats de tous points comparables.

De même chez la malade de MM. Kourilsky, J. Regaud et Dugrenot « énorme pulsatilité de l'arc moyen, élargissement pulsatil des ombres hilaires, visibles et battantes jusque dans leurs ramifications intra-parenchymateuses ».

En ce qui concerne l'*électrocardiogramme*, on ne rencontre qu'exceptionnellement la déviation gauche de l'axe électrique : les auteurs ne l'ont observée qu'une fois, où elle s'expliquait par une affection associée du cœur gauche ; de même, M. Kourilsky ne la signale, lui aussi, que dans un cas où il existait de l'athérome aortique et de l'hypertension.

Chez tous les autres sujets, la déviation droite est de règle, et, le plus habituellement, avec inversion de T^3 et plus encore de T^2 et de T^3 ensemble. Les blocs de branche droite sont également fréquents, le plus souvent, sous l'aspect décrit par Wilson. MM. Ch. Laubry et D. Routier n'ont noté qu'un seul bloc de branche droite du type complet habituel. L'onde rapide présente fréquemment, en dehors de tout bloc de branche, de très amples crochetages donnant un aspect polyphasique.

Des *signes d'auscultation*, les seuls à retenir, ce sont les *souffles* de siège et de caractère divers : médio-sternale, rude ; gros souffle systolique de toute la région ventriculaire jusqu'à la pointe, petit souffle axillaire, souffle holosystolique apexien, ou rude et intense, ou léger, dans les observations de Laubry et Routier.

Viennent ensuite les bruits de galop, les dédoublements de bruit, l'arythmie, le soulèvement palpatoire des 2e et 3e espaces intercostaux gauches.

La plupart de ces signes sont fonction de la grosse dilatation du tronc de l'artère pulmonaire et de la surcharge de la petite circulation.

Les *signes fonctionnels* sont tardifs : *cyanose*, la première à apparaître et qui s'accompagne d'une importante cyanose rétinienne, la rétine étant lie de vin, la papille, injectée, se différenciant insensiblement du fond rétinien, les veines, élargies, sinueuses.

Les *examens du sang* montrent une polyglobulie en rapport avec la cyanose. Dans un cas de MM. R. Kourilsky, J. Regaud et H. Dugrenot, à cette polyglobulie par anoxhémie, secondaire à la stase pulmonaire ou liée à l'insuffisance ventriculaire droite (Ch. Laubry), s'était associée, à la longue, une érythrémie vraie, avec splénomégalie, faible réaction érythroblastique sanguine et, surtout, à la ponction sternale, apparition d'hématies nucléées, de méta et de promyélocytes (1). Cette érythrémie avait déjà été signalée par Schreyr, qui lui attribuait la dilatation de l'artère pulmonaire, hypothèse manifestement inadmissible, puisque, dans le cas de ces auteurs, il existait un mégacôlon, et qu'une même cause, selon toute évidence, expliquait les deux affections : dilatation de l'artère pulmonaire et mégacôlon (2).

La maladie peut rester latente jusqu'au bout (R. Kourilsky et ses collaborateurs) ; plus souvent, elle évolue lentement vers une pneumopathie chronique : dilatation des bronches, emphysème avec blocage thoracique, tuberculose pulmonaire évolutive (Laubry et Routier, Laubry et Brumtick). L'artérite pulmonaire n'est pas rare. La communication interauriculaire coexiste parfois, mais elle n'intervient, ni dans la morphologie si particulière du cœur, ni dans la production des signes fonctionnels : cyanose ou physiques : souffles. La maladie peut aussi être méconnue, masquée par une endocardite rhumatismale banale, avec son aboutissement normal, l'asystolie (D. Routier).

***

Il semble qu'aujourd'hui, on puisse distinguer trois groupes de dilatation pulmonaire, maladie non exceptionnelle, puisque M. R. Kourilsky et ses collaborateurs l'ont notée 10 fois sur 350 autopsies, et qui s'observe surtout chez des femmes, et tout à fait différente des artérites pulmonaires secondaires décrites par C. Lian (Ch. Laubry).

Premier groupe : Il comprend les cas décrits par Cossio et, plus récemment, par Tausig et par ses collaborateurs, et qui est caractérisé par la saillie du bord droit, des artères pulmonaires volumineuses, une « danse » hilaire et une petite aorte, mais, tandis que Cossio les attribue à une communication interauriculaire, MM. Oppenheim, Routier et Brumtick invoquent une « dilatation congénitale pulmonaire associée à une hypoplasie

(1) Ch. Laubry et Daniel Routier. La dilatation congénitale de l'artère pulmonaire. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. 124, nos 5 et 6, séance du 4 février 1941, pp. 126-140 (bibliographie).

(2) R. Kourilsky, M. Guédé et J. Regaud. Les dilatations congénitales de l'artère pulmonaire. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 56e année, nos 41-44, 6 janvier 1941, pp. 772-777.

(3) E. Sergent, H. Durand et R. Kourilsky. Dilatation sinusoïde des branches intra-parenchymateuses de l'artère pulmonaire. *Annales d'Anatomie Pathologique*, 1928, p. 798.

(4) Cf. Ch. Laubry, D. Routier et R. Heim de Balsac. Grosse pulmonaire. Petite aorte. Affection congénitale. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 56e année, nos 45-46, 16 janvier 1941, pp. 847-850.

(1) R. Kourilsky, J. Regaud et H. Dugrenot. Erythrémie chez une malade atteinte d'une dilatation de l'artère pulmonaire. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 56e année, nos 41-44, 6 janvier 1941, pp. 765-770. (Discussion : Ch. Laubry.)

(2) Cf. H. Dugrenot. Erythrémie et dilatation de l'artère pulmonaire. *Th. Paris*, 1939.

aortique » ; de même, MM. Routier et Heim de Balsac concluent à une double malformation vasculaire : hyperplasie droite, hypoplasie gauche (1).

Deuxième groupe : Dans les six cas de MM. Routier et Balsac, il n'y avait que présomption, l'autopsie n'ayant pu être pratiquée; dans ceux du second groupe, l'autopsie a montré l'absence de toute communication interauriculaire. « Il s'agit donc bien d'une malformation vasculaire, d'un vice de cloisonnement du tronc artériel primitif, et non pas d'un défaut de soudure des bourgeons septaux ».

Troisième groupe : Où prennent place des cas dégradés, des dilatations isolées, sans étiologie précise, sans indication nette de congénitalité, et, en particulier, sans diminution concomitante du calibre aortique, et dont l'origine congénitale peut être seulement suspectée.

La maladie peut, d'ores et déjà, être diagnostiquée, grâce à l'examen radiologique montrant « une saillie anormale de l'arc moyen et des crosses pulmonaires et la pulsatilité violente et diffuse de chacun de ces éléments » (R. Kourilsky et ses collaborateurs). Lorsque la dilatation est peu marquée, la saillie pulsatile de l'arc moyen est, à elle seule très significative (Id.).

---

(1) D. Routier et Heim de Balsac. Six observations cliniques de malformation congénitale cardiaque du type dit « communication interauriculaire ». *Bulletin de la Société Belge de Cardiologie*, 1938, pp. 41-46.

Cf. aussi D. Routier et Brumlick. Dilatation idiopathique congénitale de l'artère pulmonaire. *Société Française de Cardiologie*, mars 1940.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 20 octobre 1941

Teneur de quelques végétaux en vitamine antipellagreuse (amide de l'acide nicotinique). — Mlle Madeleine Morel. — Il semble actuellement qu'on puisse classer les aliments en deux catégories : 1° ceux dont l'acide nicotinique est entièrement assimilé : viande, tissus animaux, lait, levure, tomates ; 2° ceux dont une fraction seulement est utile : maïs, blé, pomme de terre. Leur ingestion, même en quantité importante, ne prévient pas l'apparition de la pellagre. L'absorption quotidienne de viande (100 à 125 gr.), de lait (1.200 gr.), de tomates (1.200 gr.), de levure sèche (15 gr.), empêche l'apparition des symptômes de l'avitaminose nicotinique.

Transmission du B. de Whitmore (B. de la mélioïdose) par la puce du rat *xenopsylla cheopis*. — MM. Georges Blanc et Marcel Balthazard.

Séance du 27 octobre 1941

Les coques de cacao. — M. Louis Millat attire l'attention sur la toxicité des coques de cacao et l'influence de celles-ci sur la toxicité de la caféine. La toxicité de ces coques est faible et, comme on le sait, sa valeur alimentaire est nulle. Mais l'absorption de la décoction de coques produit une diminution de la sensibilité de l'organisme pour la caféine. L'addition de coques de cacao au café peut donc être dangereuse.

Séance du 3 novembre 1941

Pas de communication d'ordre médical.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 18 novembre 1941

Rapport sur les produits de remplacement. — M. L. Tanon, au nom de la Commission, soumet à l'Académie deux demandes : l'une au sujet d'un produit destiné à remplacer la viande ; l'autre au sujet d'une autorisation pour l'emploi d'un antiseptique dans l'utilisation du sucre de raisin dans la fabrication des bières et limonades.

Première question. — Il s'agit d'une levure, torula, cultivée sur du bois hydrolisé et ajoutée aux biscuits. Il propose un avis favorable étant donné que la valeur énergétique en est connue, et qu'il contient beaucoup d'acides aminés. La Commission demande seulement que la répartition soit faite judicieusement dans les écoles. Avis favorable.

Deuxième question. — Addition d'acide salicylique aux sirops et limonades qui seraient fabriqués avec du sucre de raisin au lieu de saccharine. Le sirop de sucre qui, a 35° baumé et gazéifié, ne subissait pas de fermentation est devenu impossible à se procurer. Or, le moût de raisin, surtout après addition d'essences végétales aromatiques et très fermentescibles, ne peut être conservé et même que difficilement préparé.

En conséquence, le président du groupement des concentrateurs de moût de raisin, demande que soit autorisée l'addition d'acide salicylique. La Commission propose à l'Académie de donner un avis défavorable conforme, d'ailleurs, à celui du Comité consultatif d'hygiène de France (rapport du Prof. Schaeffer) ; elle considère qu'il vaut mieux employer le bisulfite de soude et si celui-ci manque, d'utiliser le froid qui, jusqu'ici, n'a pas fait l'objet de décret et mérite d'être employé.

Ces conclusions sont adoptées par l'Académie.

Service de la vaccine. — M. Bénard donne lecture du rapport sur le service de la vaccine pendant l'année 1940.

Poliomyélite expérimentale de la souris. Etude de la réceptivité et de l'incubation. — C. Levaditi. — On sait que la durée de l'incubation de la poliomyélite humaine est sujette à des variations. Tantôt très courte (de 2 à 3 jours), cette incubation, considérée sur le plan de la contagion inter-humaine, peut atteindre 10, 14, 20 et même 60 jours.

Les résultats de l'expérimentation sur de grandes séries de souris (près de 500), inoculées par voie transcranienne avec la souche poliomyélitique Lansing, pathogène pour cette espèce animale, offrent de frappantes analogies avec les observations recueillies en pathologie humaine (variabilité de la durée de l'incubation, immunité naturelle, etc.). Deux optimums (respectivement 12,3 % et 56,2 %) ont été observés : le premier, concernant les incubations de 2 à 6 jours, le second, les incubations de 9 à 20 jours. 24,4 % des sujets ont échappé à la maladie. Pour ce qui a trait aux incubations exceptionnellement longues (40 à 68 jours), il s'agit de souris ayant une apparence normale, mais qui, brusquement, se paralysent et meurent en 24 à 48 heures. L'expérience montre que pendant l'incubation, le virus végète dans le névraxe, en attendant le moment où, pour des raisons qui restent à préciser, il pénètre dans le neurone, y pullule, s'y reproduit, semblable à lui-même, et engendre ainsi la lyse et la neuronophagie de ce neurone.

La ration alimentaire d'un groupe de familles parisiennes de mai à juillet 1941. — MM. Hugues Gounelle et Raymond Mande ont procédé en mai, juin et juillet 1941, à des enquêtes alimentaires dans 65 familles d'un milieu social homogène, modeste mais relativement aisé de la région parisienne.

Les rations ont été calculées sur les régimes de 50 adultes, et ont donné les résultats suivants (aliments crus) :

Ration énergétique quotidienne : 1.764 calories ; hydrates de carbone : 277 gr. ; protides totaux : 67 gr. 25 ; protides animaux : 24 gr. 17 ; protides végétaux : 43 gr. 08 ; lipides totaux : 42 gr. 08; calcium : 546 mgr. ; phosphore, 1.127 mgr ; fer : 15 mgr. 5 ; vitamine A : 4.215 U. I. ; vitamine B_1 : 1.360 U. I. ; vitamine C : 65 mgr.

Dans l'ensemble, il ressort :

1° Une insuffisance énergétique globale liée surtout au déficit hydro-carboné ;

2° Un déficit en hydro-carbone protides animaux, lipides végétaux, calcium et vitamine A.

Bien que les régimes soient énergétiquement insuffisants, leurs principes constitutifs présentent entre eux un équilibre à peu près normal, et c'est là, peut-être, la raison pour laquelle les auteurs n'ont observé chez leurs sujets, hormis un amaigrissement prononcé, aucun des troubles pathologiques signalés par ailleurs avec des régimes énergétiquement équivalents mais plus déséquilibrés.

Election. — L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la IVe section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

M. le Professeur Courrier, du Collège de France, a été élu par 55 voix sur 76 votants ; M. Hazard a obtenu 8 voix ; M. Giroud 1 voix, M. Ledoux-Lebard, 1 voix.

Mme Phisalix qui ne figurait pas sur la liste de présentation a obtenu 11 voix.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 19 novembre 1941

A propos du procès-verbal. — M. Auvray revient sur la question des tumeurs bénignes du sein et se montre partisan de l'exérèse systématique de toute tumeur du sein.

M. Mondor et Mlle Gauthier-Villard exposent les résultats de leur expérience qui porte sur 336 cas ; dans 9 cas il y avait association de tumeur bénigne et de tumeur maligne. La dégénérescence maligne de la maladie de Reclus leur apparaît comme exceptionnelle.

A propos de la tolérance de l'os vis-à-vis des corps étrangers métalliques. — M. Masmonteil. — M. Ménegaux expose les cinq observations qui sont à la base de ce travail. L'absence de

cohésion parfaite entre la plaque et l'os, et surtout la nature intime du métal semblent en cause ; l'auteur discute également l'absence du polissage du matériel.

Les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale rapide avec pinces à demeure. Une opération qui ne doit pas disparaître. — M. Rouhier montre les conditions nécessaires pour que cette opération soit facile et indiquée ; il discute les médications restreintes qui doivent la faire utiliser.

M. Hartmann soutient l'opinion de M. Rouhier.

M. Auvray souligne l'intérêt de la vaginale dans les infections endo-utérines.

Sur quatre cas de plaies pelviennes avec lésions viscérales. — M. Quénu a observé deux blessés atteints de fistules recto-vésicale qui ont guéri par simple cystostomie et rappelle que MM. Mocquot et Fey en rapportant leurs observations de guerre discutaient l'opportunité de l'anus iliaque.

Les plaies du rectum associées ou non à une plaie vésicale doivent être mises à jour et nettoyées minutieusement ; la suture ne présente pas de grand avantage. S'il y a lésion vésicale associée faire toujours la cystostomie ; quant à l'anus iliaque il ne reconnaît que de rares indications.

M. L. Michon a observé un cas de plaie recto-vésicale où la cystostomie amena rapidement la guérison.

M. Sicard rapporte deux observations de plaies du rectum secondaires à une blessure de la fesse et qui ont guéri sans anus iliaque.

Cure radicale des éventrations post-opératoires par auto-étalement des muscles grands droits après incision du feuillet antérieur de leur gaine. — MM. Welti et Endel montrent tout l'intérêt de ce procédé qu'ils ont utilisé avec succès à plusieurs reprises.

M. Jean Quénu rappelle les travaux de M. Edouard Quénu sur ce sujet.

M. Sénèque montre que les éventrations sus-ombilicales sont de beaucoup les plus difficiles à traiter et demande si le procédé décrit s'y applique.

M. Lenormant a toujours ouvert la gaine des droits quand il avait besoin d'étoffe.

M. Bréchot et M. Brocq sont du même avis.

M. Welti montre que la non reconstitution de la gaine constitue le point original de la méthode.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 octobre 1941

Coefficient neuro-sécrétoire de l'expectoration. — MM. Ameuille, J.-M. Lemoine et J. Dos Chali. — Les auteurs ont cherché à évaluer, dans l'expectoration, la part qui revient aux produits de destruction pulmonaire et celle qui revient à la sécrétion bronchique, en agissant sur le mécanisme neuro-sécréteur bronchique.

Par des injections d'ergotine ou d'yohimbine, ils tarissent au maximum la sécrétion bronchique ; par des injections d'adrénaline, ils stimulent celle-ci au maximum. L'écart entre la crue et l'étiage sécrétoire est la valeur numérique du coefficient neuro-sécrétoire. Celle-ci indique l'importance relative de la sécrétion bonchique dans une expectoration donnée. Elle fournit des indications au pronostic et au traitement.

Encombrement bronchique mortel au cours d'un pneumothorax artificiel. — MM. Ameuille, Hinault et A. Cornet. — Observation d'une malade, tuberculeuse pulmonaire droite, traitée par pneumothorax artificiel qui, après un mois de traitement, présente de l'encombrement bronchique progressif et meurt un mois après dans un tableau d'asphyxie progressive avec râle trachéal. L'autopsie fit découvrir des bronches pleines de mucosités fluides et une ulcération broncho-trachéale droite allant de la bronche de drainage au cinquième anneau de la trachée. Les auteurs pensent que le produit qui remplit les bronches est dû à la sécrétion bronchique et non à la transsudation alvéolaire (œdème pulmonaire), et que l'encombrement est dû à la stase des produits sécrétés par hypotonie bronchique.

Procédé thérapeutique nouveau semblant avoir une action favorable sur certaines formes de tuberculose pulmonaire par modification de la trophicité locale. — MM. Gerbeaux et Albot. — Il s'agit d'un procédé nouveau pour le traitement de certaines tuberculoses pulmonaires. Il repose sur la possibilité de réaliser des affaissements alvéolaires par l'injection intraveineuse de substances vaso-constrictrices. A l'appui de leur méthode, les auteurs apportent quatre observations favorables dans lesquelles la maladie, grâce à cette « collapsothérapie indirecte » a donné un bon résultat.

A propos de l'observation de M. Delay ayant trait à la pathogénie de la paralysie périodique. — M. Rouquès. — L'auteur estime que dans une observation on constata des signes

d'atteinte méningée éliminant l'hypothèse d'un trouble neuromusculaire. Il pense que la théorie d'une intoxication intermittente est la plus adoptée.

Pour M. Delay, l'étiologie toxique ne saurait éliminer le rôle d'un mécanisme vaso-moteur dans le déclenchement des paralysies brusques et transitoires. Aux arguments invoqués en faveur du spasme, l'auteur ajoute l'existence de perturbations circulatoires brusques signalées au moment des accès dans certains cas. L'hypothèse d'Holtzapple croyant à un spasme de l'artère spinale antérieure put rendre compte des symptômes quadriplégiques du malade de M. Delay.

Injections intraveineuses de novocaïne dans les dyspnées. — MM. J. Dos Ghali, J.-S. Bourdin et G. Guiot. — Les auteurs essaient dans un but thérapeutique, d'atteindre directement les centres périphériques autonomes broncho-pulmonaires et leurs terminaisons sensitives, par injection intraveineuse de *novocaïne* (cinq centimètres cubes d'une solution à 1 % dans du sérum physiologique), injectée très lentement. Ils ont employé cette méthode dans diverses formes de dyspnée, dans un cas d'embolie pulmonaire, et dans des hémoptysies.

Leurs plus beaux résultats ont été obtenus en moins de deux minutes après l'injection dans trois cas d'état de mal asthmatique, rebelle à tous les traitements, par le retour à un état sensiblement normal.

Réunion plénière du 7 novembre 1941

Rapport sur la roentgenthérapie des glycosuries hypophyso-thalamiques. — MM. Delherm et Thoyer-Rozat. — Tout en reconnaissant l'interdépendance des centres nerveux hypothalami-infundibulaires avec le système glandulaire hypophysaire, les auteurs limitent leur exposé à l'irradiation hypophysaire, les éléments purement nerveux se montrant moins sensibles aux rayons X.

L'indication de l'irradiation hypophysaire dans le diabète est double :

1° Diabète lié à une hypertrophie de la glande, que cette hypertrophie soit nettement caractérisée (*acromégalie* avec adénome hypophysaire évident) ou discrète (*maladie de Cushing* avec microadénome) ;

2° Diabète hypophysaire sans symptômes de tumeur, mais caractérisé par son insuline-résistance.

Pour la première catégorie, la technique classique de Béclère a fait ses preuves ; le trouble métabolique est d'ailleurs un symptôme de seconde importance.

Il s'agit, dans ces cas, d'administrer des doses importantes cytolytiques et de répéter les doses en surveillant l'évolution de l'hypertension intracranienne et du fond de l'œil.

Pour le diabète insulino-résistant, la technique radiothérapique se propose un freinage de la sécrétion hypophysaire ; les doses sont modérées et peuvent être administrées par des portes frontales et facio-malaires pour éviter tout risque d'épilation.

Les doses administrées sont de l'ordre de 1.000 à 1.500 r. par champ. Une seule série suffit d'habitude, l'insulino-résistance étant souvent un trouble transitoire.

L'irradiation fonctionnelle de l'hypophyse dans le diabète insulino-résistant s'est montrée efficace dans plusieurs cas suivis par les auteurs, ainsi que dans un certain nombre d'observations parues en littérature.

Les auteurs donnent plusieurs observations propres d'acromégalies, de maladie de Cushing et d'insulino-résistance sans tumeur dont la glycosurie s'est trouvée atténuée par la radiothérapie hypophysaire.

Le diabète banal, sans insulino-résistance, ne leur paraît pas une indication suffisante pour ce traitement.

Il est encore trop tôt pour en faire une étude statistique. Cette méthode mérite, en tous cas, d'être essayée d'une manière systématique.

Les Rayons X ne sont pas — dans ce cas — un agent toujours inoffensif : des troubles importants de la glyco-régulation peuvent survenir *au début et surtout après la cessation des irradiations.* Il y a eu même un cas de coma diabétique, apparu cinq jours après la dernière application de rayons X, le coma une fois combattu, le malade est redevenu insulino-résistant.

Une surveillance très attentive clinique et biologique s'impose donc pour ces malades qui doivent être irradiés sans brutalité. La cessation du traitemnt se fera par des applications de plus en plus faibles, séparées par un intervalle croissant.

Pour éviter les incidents qui sont loin d'être la règle, une collaboration étroite et continue doit exister entre la clinique, le laboratoire et la radiologie.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 97-98. — 3-6 DECEMBRE 1941 — 114e ANNEE — Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — Avis important. — Il est rappelé à MM. les étudiants que les consignations pour les examens de fin d'année doivent être faites du 5 au 17 janvier 1942.

MM. les étudiants français qui seraient encore en instance d'exonération de droits scolaires, au titre des familles nombreuses, sont également tenus de s'inscrire à leur examen, dans les mêmes délais, mais à titre provisoire. Ils n'acquitteront les droits d'examen que lorsqu'il aura été statué sur leur demande d'exonération.

Nominations de professeurs. — Par arrêté, en date du 27 novembre 1941 :

M. le Dr Gastinel, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris, est nommé professeur titulaire de la chaire de bactériologie de cette Faculté (dernier titulaire : M. Debré, transféré).

M. le Dr Duvoir, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris, est nommé professeur titulaire de la chaire de médecine légale de cette Faculté (dernier titulaire : M. Balthazard, retraité).

M. le Dr Brocq, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale Vaugirard (dernier titulaire : M. Duval, décédé).

M. le Dr Cadenat, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale Saint-Antoine (dernier titulaire M. Grégoire, retraité).

M. le Dr Cathala, agrégé près la Faculté de Médecine de Prais, est nommé professeur titulaire de la chaire d'hygiène et clinique de la première enfance (dernier titulaire : M. Lereboullet, retraité).

M. le Dr Leveuf, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale infantile de cette Faculté (dernier titulaire : M. Ombrédanne, retraité).

M. le Dr Portes, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique obstétricale Tarnier de cette Faculté (dernier titulaire : M. Jeannin, retraité).

M. le Dr Quenu, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie chirurgicale de cette Faculté (dernier titulaire : M. Mondor, transféré).

Les nominations ci-dessus auront effet à partir du 1er octobre 1941. (*J. O.*, 28 novembre 1941.)

Faculté de Médecine d'Alger. — Par arrêté, en date du 21 novembre 1941, M. Monnet, agrégé près la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Alger, est chargé provisoirement, à compter du 1er octobre 1941 et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1941-1942, du service de la chaire de chimie générale pharmaceutique et toxicologie (dernier titulaire : M. Wunschendorff, admis à la retraite).

M. Yves Lemaître, chef de clinique à Paris, est chargé d'enseignement d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de Médecine de l'Université de Lille. — M. le Professeur Lespagnol est nommé assesseur du doyen.

Faculté de Médecine de Lyon. — Par arrêté, en date du 21 novembre 1941, M. Santy, professeur de chirurgie opératoire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon, est transféré, à compter du 1er novembre 1941, dans la chaire de clinique chirurgicale (dernier titulaire : M. Berard).

M. Rochet, agrégé libre de chirurgie, est chargé d'un cours complémentaire d'anatomie médico-chirurgicale.

Faculté de Médecine de Marseille. — M. Poinso, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique (dernier titulaire : M. Gaujoux, retraité).

Université de Montpellier. — M. le Médecin général Coudray, maire de Perpignan, a été nommé membre du Conseil de l'Université de Montpellier.

Muséum National d'Histoire Naturelle. — Par arrêté, en date du 20 novembre 1941, M. Vallois, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse, direc-

teur du laboratoire d'anthropologie de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes, est nommé, à compter du 21 novembre 1941, professeur titulaire de la chaire d'ethnologie des hommes vivants et des hommes fossiles du Muséum National d'Histoire Naturelle.

(*J. O.*, 27 novembre 1941.)

Les professeurs de Faculté et les administrations hospitalières. — Un décret du 8 novembre (*J. O.*, 22 nov. 1941), fixe la situation des professeurs de Faculté vis-à-vis des administrations hospitalières. En voici le texte :

Article premier. — Les professeurs de clinique médicale, chirurgicale et de spécialités des villes de facultés doivent obligatoirement posséder le titre de médecin, chirurgien ou spécialiste des hôpitaux d'une ville de faculté.

Art. 2. — Ils ont droit aux mêmes prérogatives et sont soumis envers les administrations hospitalières aux mêmes devoirs et aux mêmes règles de discipline que les autres chefs de service des hôpitaux desdites villes.

La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine. — Le *Journal Officiel* du 29 novembre 1941 publie la loi du 22 novembre 1941 concernant l'exercice de la médecine. Nous publierons dans notre prochain numéro le texte de cette loi qui abroge la loi 16 août 1940 concernant l'exercice de la médecine.

Légion d'honneur. — Guerre. — *Chevalier* : Dr Druelle (Honoré) médecin lieutenant à l'hôpital complémentaire de Paris-Plage. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 23 nov. 1941.)

Cours

Clinique Médicale des Enfants (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — M. le Prof. Robert Debré a commencé son enseignement le 3 novembre et le continuera avec le concours de MM. Marcel Lelong, agrégé, Maurice Lamy et Julien Marie, médecins des hôpitaux, M. Thieffry, assistant, M. R. Seringe, Mlle Bonnenfant et M. J. Gerbeaux, chefs de clinique, MM. Marcel Mignon, assistant de radiologie, L. Costil et R. Goiffon, chefs de laboratoire, G. Semelaigne et G. Lauret, anciens internes des hôpitaux.

Tous les jours, à 9 h. 15, conférences pratiques par les chefs de clinique à l'amphithéâtre de la policlinique ;

A 10 heures, présentation de malades dans les salles ;

Le mercredi, à 10 heures, consultation à la policlinique (professeur Robert Debré) ;

Le jeudi, à 11 heures, leçon clinique (professeur Robert Debré).

Leçons sur les maladies du sang, par M. le Dr Paul Chevallier. — Hôpital Cochin, amphithéâtre Dieulafoy. Dimanche 7 décembre, à 11 heures précises.

Sujet : *La genèse des éléments du sang.*

Nécrologie

Dr Paul Ferrier, ancien interne des hôpitaux de Paris (1892), bien connu par ses travaux sur la recalcification et le traitement de la tuberculose. Décédé à Port-Lyautey,-Maroc.

Renseignements

Le Dr Raphaël Massart (de Paris) nous fait part de sa nouvelle installation à Saint-Raphaël (Var) et de son association avec le Dr Paul Lieutaud. Spécialité exercée : orthopédie, chirurgie des os. Clinique Notre-Dame. Tél. 624, Saint-Raphaël (Var).

A nos lecteurs

Conformément aux décisions que viennent de prendre nos groupements corporatifs, les prix d'abonnement et de vente au numéro sont modifiés ainsi qu'il suit, à partir du 1er janvier 1942.

Abonnements :

France : un an, 75 francs ; étudiants, 40 francs.
Etranger : 1re zone, 110 francs ; 2e zone, 125 francs.

Vente au numéro :

Prix de deux numéros groupés, 1 fr. 50.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine

Communiqués

Relève des médecins prisonniers

Cette relève devra être faite par des médecins âgés de moins de 40 ans et sans enfants.

Les médecins du département de la Seine, âgés de moins de 40 ans et *pères de famille* sont invités à se signaler, par lettre, au Conseil départemental de la Seine.

Commission Régionale

La Commission Régionale de l'Ordre des Médecins de la Région sanitaire de Paris et le Comité de Coordination des Conseils de l'Ordre des Médecins de la Région Parisienne (Assurances Sociales) se sont réunis le 23 novembre 1941, à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris.

Le Comité de Coordination a d'abord pris connaissance de la demande de l'Union des Caisses d'Assurances Sociales de la Région Parisienne, relative à l'établissement d'un tarif limitatif d'honoraires opposable au praticien pour tous les actes médicaux y compris la consultation et la visite. Cette demande n'a pas été acceptée par le Comité de Coordination. Mais il sera répondu aux caisses que les honoraires minima fixés par les Conseils de l'Ordre sont appliqués aux assurés sociaux par la grande majorité des praticiens et que si des honoraires abusifs étaient demandés par certains médecins, chirurgiens ou spécialistes en violation des articles 18 et 21 du Code de déontologie, les Conseils de l'ordre ne manqueraient pas d'intervenir disciplinairement auprès de ces médecins, chirurgiens ou spécialistes.

Le Comité de Coordination a appris avec satisfaction que ses démarches en vue du maintien de la Commission Régionale Tripartite avaient abouti. La Commission Tripartite, où le Corps Médical peut faire utilement entendre sa voix, se réunira prochainement pour examiner les tarifs de responsabilité des caisses qui sont supérieurs aux tarifs de responsabilité minima fixés par la loi du 29 mai 1941.

Le Comité de Coordination a enfin examiné de nombreuses questions parmi lesquelles figurent : la non-application par les caisses de la région parisienne de la loi du 29 mai 1941, la modification du règlement pour l'application de l'article 19 (assurés assistés) dans le département de la Seine, la future organisation des Assurances Sociales agricoles, les répercussions de la Charte du Travail sur l'exercice de la médecine, etc.

De son côté, la Commission Régionale a pris connaissance des résultats obtenus pour le relèvement des honoraires des médecins des communes de banlieue de la Seine donnnant leurs soins aux malades de l'Assistance Médicale Gratuite. Il est à peu près certain que ce relèvement d'honoraires sera très substantiel et interviendra dans un délai rapproché.

La Commission Régionale a donné son accord aux projets de la Direction Régionale de la Santé et de l'Assistance pour l'organisation des vaccinations antitétanique et antidiphtérique devenues obligatoires. Ces vaccinations seront faites soit au cabinet du médecin (honoraires habituels), soit au cours de séances collectives dans les écoles (par les médecins inspecteurs des écoles) ou dans les consultations de nourrissons annexées aux maternités hospitalières.

Enfin, la Commission Régionale s'est occupée à nouveau de l'importante question des dispensaires et a commencé la discussion du rapport du Dr Larget sur l'hospitalisation dans les trois départements de la région sanitaire de Paris.



MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ALLONAL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Analgésique renforcé* (Pas de substance du tableau B) Comprimés : 1 à 3 p. jour et plus	Toutes les algies Toutes les névralgies
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
ŒSTROGLANDOL "ROCHE" ONGUENT Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Hormone œstrogène* Onguent : tube de 20 gr. 1 applic. matin et soir après léger massage Laisser sécher	Prurit vulvaire et ano-vulvaire Acné, Herpès
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide (Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies

REVUE GENERALE

LES SÉDATIFS EN PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

Par M. le Prof. A. Bernard
(*Faculté libre de Lille*)

Chaque jour, le clinicien rencontre des malades qui se plaignent de palpitations ou de douleurs précordiales accompagnées ou non de dyspnée ou d'angoisse. L'appareil cardio-vasculaire, doté d'un riche réseau nerveux, se trouve dans les conditions qui lui permettent de ressentir brusquement et intensément toutes les perturbations fonctionnelles ou anatomiques dont il est le siège.

Ces réactions sont telles qu'elles sont parfois intolérables ou mettent la vie des malades en danger : elles appellent donc un correctif au moyen de calmants.

C'est à cause de l'importance et de la fréquence des douleurs cardio-vasculaires qu'il nous a paru utile de faire le point sur la question des sédatifs en pathologie cardio-vasculaire.

Après avoir résumé nos connaissances sur l'innervation et la physiologie de la sensibilité cardiaque, nous étudierons les sédatifs que nous offre la thérapeutique moderne, la morphine en particulier, et nous verrons enfin leur application dans les différentes affections cardio-vasculaires.

INNERVATION CARDIO-AORTIQUE

Les nerfs cardiaques émanent :

1° Des trois ganglions sympathiques cervicaux et des cinq premiers ganglions thoraciques ;

2° Des deux pneumogastriques ;

Et forment trois groupes supérieurs, moyens et inférieurs qui descendent en grosse partie derrière la crosse aortique, une autre partie plus petite sur la face antérieure.

Ils forment le plexus cardiaque sur la face inférieure de la crosse aortique dans un espace restreint limité par l'aorte, la branche droite de l'artère pulmonaire et le cordon fibreux du canal artériel. Ce plexus cardiaque aux nombreux filets aboutit à un système ganglionnaire qu'il est classique de décrire sous le nom de ganglion de Wrisberg.

Un autre groupe de filets cardiaques longe la face postérieure de la veine cave supérieure et se jette dans la face postérieure de l'oreillette droite ; c'est le plexus de Perman.

De ces deux plexus partent des branches qui entourent l'aorte, l'artère pulmonaire et les coronaires jusqu'à leur extrémité, puis pénètrent dans le muscle cardiaque où se trouvent des ganglions intramuraux (Keith et Flack) et arrivent à l'endocarde et à l'endartère.

Noter l'extrême richesse de ce filet nerveux, aux mailles serrées, jetées sur tout l'arbre cardio-artériel.

Cette richesse en filets nerveux montre l'extrême sensibilité de l'appareil cardio-vasculaire et sa grande faculté de ressentir et de répondre aux moindres incitations physiques et morales, aux lésions artérielles ou myocardiques, comme aux modifications de l'hydraulique circulatoire.

Le péricarde fibreux est innervé aussi par des branches des nerfs cardiaques sympathiques et pneumogastriques.

Les incitations nerveuses parties de l'endocarde et des nerfs, les nerfs cardiaques aboutissent au bulbe, d'une part, par l'intermédiaire du pneumogastrique, d'autre part, aux ganglions sympathiques et au mésocéphale où se trouvent les centres vaso-moteurs, les centres de la tension artérielle : finalement, les sensations peuvent être perçues par la conscience puisque les centres diencéphaliques sont reliés au cortex cérébral par des fibres diencéphalo-corticales.

En cours de route, les anastomoses ganglionnaires relient la chaîne sympathique aux cornes postérieures par les rami-communicantes et aux cellules des cornes antérieures.

Ces anastomoses avec les racines des deux premiers nerfs intercostaux et du plexus brachial expliquent l'irradiation des douleurs cardiaques dans l'hémithorax et dans le bras gauches.

Ajoutons pour terminer que les filets du sympathique entourent tout l'arbre artériel jusqu'à ses plus fines ramifications : cette richesse en fibres nerveuses rend compte des phénomènes vaso-moteurs si importants pour la régularisation régionale de la circulation, des phénomènes douloureux qui accompagnent les lésions des parois vasculaires, leur irradiation le long des troncs vasculaires (angineux souffrant des quatre membres) et de la possibilité d'agir sur les affections vasculaires (par exemple la sympathectomie périartérielle).

PHYSIOLOGIE DE LA SENSIBILITE DU CŒUR

Elle est impossible à séparer de l'étude des autres propriétés cardio-vasculaires : propriété cardio-motrice, propriété vaso-motrice.

L'excitation sensitive provient des troncs aortiques et coronariens, du myocarde, de l'endocarde, de l'épicarde au niveau de terminaisons nerveuses que Smirnow a appelé plaques terminales.

L'excitation une fois déclenchée peut :

1° Ou déterminer un ensemble de réflexes circulatoires, non perçues par la conscience ;

2° Ou parvenir aux centres médullo-encéphaliques supérieurs : alors la sensibilité consciente entre en scène.

Certains réflexes circulatoires font augmenter la pression artérielle : réflexes exhausseurs ; d'autres la font baisser : réflexes dépresseurs.

On ne peut assigner à ces réflexes, aux diffusions sensibles, des voies strictement fixées ; tous les réflexes, remarque Bérard, sont d'une extrême complexité quant à leur nature et à la topographie de leurs voies.

La même remarque s'applique à la sensibilité du sympathique cervico-thoracique. D'après Leriche et Fontaine, l'excitation de la chaîne cervicale est douloureuse :

1° L'excitation de la partie supérieure du sympathique cervical détermine une douleur dans la mâchoire et les dents ;

2° L'excitation au-dessous du ganglion moyen détermine une douleur dans l'omoplate ;

3° L'excitation du pôle supérieur du ganglion stellaire détermine une douleur précordiale ;

4° L'excitation du pôle inférieur du ganglion stellaire détermine une douleur à la face interne du bras.

Nous reconnaissons dans les conclusions de Leriche et Fontaine, basées sur des constatations opératoires, les irradiations douloureuses de l'angor.

Toutefois, il faut noter que la systématisation de la diffusion douloureuse n'est pas régulière. D'ailleurs, il suffit de rappeler combien est différente cette diffusion chez les malades : le plus souvent dans l'épaule et le bras gauches, chez les uns, dans les deux bras, chez d'autres, dans la mâchoire et la nuque ; nous l'avons vue se faire dans les quatre membres.

D'ailleurs, les résultats de la chirurgie sympathique sont très variables, décevants parfois : il est parfois nécessaire de faire une stellectomie droite après l'insuccès d'une stellectomie gauche, preuve que la physiologie de la douleur cardiaque sympathique n'obéit à aucune règle fixe, du moins qu'elle est différente de celle du système sensitif de relation.

Il y a plus, il y a souvent discordance entre l'intensité de la douleur cardiaque et la lésion cardio-aortique. S'il est vrai que souvent la douleur angineuse, l'algie cardiaque la plus fréquente, est souvent en rapport avec une artérite coronarienne avec ou sans infarctus ou avec une aortite, il est assez fréquent de rencontrer un syndrome angineux typique avec électrocardiogramme éloquent, sans aucune lésion organique ; de même qu'une thrombose coronarienne aiguë ou chronique peut exister sans la moindre douleur.

Donc la douleur cardiaque n'est pas la compagne obligée des lésions organiques cardio-aortiques : telle est la conclusion d'une étude très documentée de Pierre Laubry sur les coronaires et la douleur cardiaque, et l'auteur tourne ses regards vers le plexus cardiaque lui-même dont l'anatomie pathologique est à peine ébauchée.

Enfin, les rapports du siège de l'incitation douloureuse initiale et du territoire de la douleur projetée constituent encore un problème plein d'inconnues. On ne saurait, des caractères de la douleur projetée, conclure à un point de départ précis sur le cœur ou sur l'aorte. Toutes les tentatives de systématisation, celles de His junior, en particulier, ont échoué. Aussi, la conclusion formulée par Ch. Laubry et Vadon, en 1926, est-elle toujours d'actualité : « Ainsi, d'une part, il est impossible d'attribuer à une région déterminée du cœur telle ou telle variété de douleurs, et, d'autre part, nous nous fortifions de plus en plus dans notre conception que tout point de l'arc réflexe excité est capable de crier sa douleur au même titre, dans les mêmes conditions et avec les mêmes expressions que le cœur lui-même ».

Ainsi une de nos malades, anémique, à qui nous avions prescrit une ponction sternale a présenté, pendant cinq jours une douleur rétro-sternale irradiée dans le bras gauche, aussitôt après que l'aiguille eut traversé par mégarde la table interne du sternum.

Médications sédatives

Elles peuvent être classées en trois catégories, que nous ne ferons qu'énumérer, car elles sont bien connues :

1° Médicaments sédatifs cardiaques :

Aubépine, passiflore, valériane, quinine et surtout sulfate de quinidine, belladone, aminophylline.

2° Médicaments sédatifs généraux et locaux :

Opium et ses dérivés, bromure de sodium, gardénal, antipyrine, aspirine, pyramidon, cocaïne et ses dérivés, les venins, la vitamine B^1.

3° Physiothérapie :

Chaleur, froid, vésication, rayons ultra-violets, radiothérapie, diathermie et ondes courtes, acide carbonique.

Morphine chez les cardiaques

Historique :

Avant la digitale, la morphine était considérée comme un médicament cardiaque. Sydenham, en 1669, l'utilise non seulement pour son action dormitive mais aussi comme médicament du cœur. « C'est un excellent cordial, dit-il, presque l'unique qu'on ait découvert jusqu'ici. »

Action stimulante des opiacés sur l'appareil cardio-vasculaire constatée par Bordeu, Cullen et Hufeland. A cette époque, début du XIXe siècle, toutes les maladies étaient divisées en deux catégories, les asthéniques et les sthéniques : l'opium était considéré comme un médicament sthénique.

La morphine, premier alcaloïde découvert de l'opium (Sertuerner, 1817), fut utilisée dans les affections cardiaques et ses bienfaits furent publiés par Clifford-Albutt, Bordier, Vibert et Hervouet. Huchard, jusqu'en 1892, la conseilla chez tous les cardiaques et chez les brightiques : il la considérait comme le médicament de la dyspnée, que la dyspnée soit d'origine cardiaque ou rénale.

Puis en 1895, à peu près deux ans après la mort de Charcot qui avait succombé à une crise d'œdème aigu du poumon, traité par la morphine, Huchard condamna la morphine chez les cardiaques sous le prétexte qu'elle déprime le cœur et entrave la diurèse.

Dès lors s'ouvre une ère de méfiance à l'égard des opiacés chez les cardiaques. Brouardel, Ch. Fiessinger publient des cas de mort après des injections de morphine. Huchard et Ch. Fiessinger dans leur traité « La thérapeutique en vingt médicaments » conseillent l'opium, non comme agent hypnagogue, prescrit à hautes doses, mais à titre de tonique ou de sédatif à faibles doses : 1 à 3 milligrammes de morphine ou 2 centigrammes d'extrait d'opium. Ils mettent en garde contre la possibilité de mort subite : ainsi « un mitral asystolique devait recevoir une injection de 3 milligrammes de morphine. L'infirmier de garde injecta 1 centigramme ; résultat : sommeil immédiat qui dure un jour et demi. Le malade se réveille ensuite, prononce quelques mots et meurt ».

Dans l'angine de poitrine, ils conseillent 2 milligrammes de morphine au maximum et encore dans les accès subintrants et après l'échec de la trinitrine et du nitrite d'amyle.

Cet ostracisme contre la morphine ne dura pas, car Vaquez et ses élèves Laubry et Esmein remirent en honneur les bienfaits de la morphine dans les affections cardio-vasculaires.

Plus récemment Macrez, dans sa thèse (1937), démontra fausses les contre-indications rénales à l'emploi de la morphine. Avant lui, Camescasse était arrivé aux mêmes conclusions que Macrez sur l'inocuité de la morphine chez les cardio-rénaux et à ce sujet, il raconte l'anecdote suivante : « Malgré la mauvaise réputation de la morphine, le professeur Landouzy en personne venait de me conseiller la morphine pour un vieil artérioscléreux dyspnéique que mettait au supplice un ulcère tuberculeux du dos de la langue et qui avait déjà eu des lipothymies menaçantes. L'injection fut faite cependant ; il n'y eut pas de nausées mais seulement une bonne nuit. Mais, comme je remplissais ma seringue le lendemain soir, assez exactement vingt-quatre heures après la première piqûre, le malade eut une syncope définitive. La morphine et moi, nous échappions de justesse, à une lourde responsabilité ».

Propriétés pharmacodynamiques de la morphine :

1° *Action sédative.*

A petites doses, elle est excitante comme l'alcool, calmante, sédative à doses plus fortes.

Analgésique *central* ou cortical : les sensations périphériques sont perçues, mais elles ne s'orientent pas sur le mode douloureux : la morphine atténue le retentissement psychique des souffrances périphériques et de l'angoisse, elle empêche la perception de la douleur, elle provoque le sommeil, mais en agissant indirectement sur le centre diencéphalique par l'intermédiaire de liaisons cortico-mésencéphaliques ; c'est donc un hypnotique cortical ; elle s'oppose aux hypnotiques d'action méso-céphalique et thalamique (les barbituriques).

D'après les belles expériences de Demoor et Stefanowska qui ont constaté les modifications cellulaires analogues à celles provoquées par le chloroforme et les autres hypno-anesthésiques, l'action centrale de la morphine se traduit par une rétraction des prolongements protoplasmiques et cylindraxiles des neurones qui deviennent globuleux et ne se trouvent plus en contiguité immédiate les uns avec les autres.

2° *Action antidyspnéique.*

Sous l'influence de la morphine, le rythme respiratoire s'apaise, les mouvements respiratoires sont plus amples et plus profonds, la ventilation pulmonaire devient plus efficace.

La morphine est précieuse pour calmer *l'angoisse respiratoire.*

Elle agit ici encore en sédatif central :

a) D'abord en diminuant l'impression douloureuse du cerveau ;

b) En émoussant la sensibilité du centre respiratoire bulbaire aux incitations psychiques, périphériques, humorales dont *l'alcalose* est la principale.

3° *Action cardiovasculaire.*

Dès 1734, Bordeu remarque qu'après injection de morphine, le pouls est plus souple et plus fort. Les travaux de Laborde, Witrowki, Picard et Rebatel, Guinard ont montré trois actions de la morphine à faibles doses (1 à 2 centigrammes).

a) Excitation des battements cardiaques ;

b) Dilatation passive des artères, des capillaires ;

c) Abaissement de la pression sanguine.

Les fortes doses (5 à 8 centigrammes intraveineux) provoquent hypotension, bradycardie, augmentation de l'indice ; l'électro-cardiogramme a pu montrer un bloc total ou partiel (Einthoven et Wieringa).

Nos expériences avec Lamelin montrent que l'injection

intraveineuse de morphine chez le chien provoque une hausse de la tension artérielle.

En novembre 1938, Warembourg, Linquette et Ravaut ont étudié la circulation périphérique par les épreuves de bains chaud et froid et par les intradermo-réactions à l'histamine et à l'acétylcholine. De leurs recherches, ils concluent à l'existence fréquente d'un spasme artériolaire et capillaire dans les cardiopathies décompensées. Pour lutter contre le barrage artériolaire et favoriser le fonctionnement cardiaque, il convient d'adjoindre à la thérapeutique tonicardiaque classique des drogues vaso-dilatatrices parmi lesquelles l'association papavérine-extraits d'opium, paraît fournir les meilleurs résultats.

Cette action vaso-dilatatrice sur les capillaires était déjà connue depuis les travaux de Claude Bernard, de Trousseau et Bonnet, de Lauder-Brinton, de Bordier et de Picard. A la face, disait Gubler, la morphine provoque de la rougeur et du myosis, à la manière d'une section du sympathique cervical. Et le même auteur pensait que la vasodilatation des capillaires cérébraux était la cause du sommeil, à l'instar de l'action de l'alcool et du chloroforme.

4° *Action sur le rein.*

La morphine a la réputation d'entraver la secrétion rénale : on se base, pour l'affirmer, sur l'oligurie des morphinomanes et sur la congestion intense des reins chez le chien à la suite de l'injection de fortes doses de morphine.

Il est de fait qu'expérimentalement, la morphine à hautes doses entrave le débit urinaire, mais cette inhibition n'est que passagère. De plus Macrez, chez le lapin, n'a jamais constaté de lésion du parenchyme rénal après injections de morphine pendant plusieurs semaines.

Enfin le même auteur, dans une thèse très documentée, conclut que le fonctionnement rénal n'est pas troublé chez l'homme sous l'influence de la morphine : en particulier il n'a pas observé de déficit du pouvoir concentrateur ou des coefficients uréo-secrétoires.

Il est donc avéré que la morphine entrave les fonctions rénales aux doses expérimentales et provisoirement du reste ; chez l'homme cette action frénatrice n'est pas démontrée. Cliniquement nous pouvons même dire qu'après une bonne nuit de sommeil plusieurs de nos malades avaient une diurèse nettement augmentée.

Griefs imputés a la morphine

1° *Pour le cœur :*

Dépression cardiaque avec mort quelques minutes ou quelques heures après l'injection : cas de Huchard, *coïncidence et non relation de cause à effet.* Il en est ainsi pour tout médicament employé *in extremis* ou à des heures critiques.

Gubler et Meyer prétendent que la morphine en ralentissant le cœur, permet un meilleur remplissage diastolique et renforce le cœur à la manière de la digitale.

D'ailleurs en même temps que la morphine on peut administrer l'ouabaïne ou du camphre.

2° *Pour le rein :*

Réduction de la diurèse. Elle n'est pas démontrée chez l'homme, aux doses habituelles. D'après Macrez, la morphine n'empêche pas la polyurie attendue par les médicaments tonicardiaques et diurétiques habituels ; elle ne provoque pas de rétention hydro-chlorurée, n'augmente pas l'azotémie et ne trouble pas le pouvoir concentrateur, ni la constante d'Ambard, ni l'élimination des colorants. Et il conclut : « La morphine peut être prescrite aux cardiaques même hydropiques, oliguriques, albuminuriques ou azotémiques, sans crainte d'accidents rénaux funestes, imputables à cette thérapeutique. »

3° Entretien de l'acidose par la morphine qui maintient la stase circulatoire.

Mais on sait que la morphine apaise les réactions du centre respiratoire aux excitants acides : donc elle est indiquée dans la dyspnée des cardiaques.

4° Morphinomanie, peu à redouter dans les troubles paroxystiques et généralement de courte durée chez les cardiaques.

Action de la morphine et des opiacés chez les cardiaques

La morphine apporte aux cardiaques l'apaisement en supprimant la douleur et l'angoisse. Pour ceux qui connaissent le martyre nocturne des cardiaques torturés par une dyspnée angoissante et continue, la morphine est une arme merveilleuse qui apporte à ces condamnés une euphorie de quelques heures et l'espoir de revivre. Ce résultat est déjà des plus appréciables. Mais elle fait plus que calmer la douleur : l'action de la morphine dépasse le cadre du simple soulagement de la souffrance.

A notre avis les bienfaits de la morphine chez les cardiaques sont dus à trois facteurs :

a) La diminution du travail du myocarde en mettant l'organisme au repos par le sommeil ;

b) En agissant comme tonicardiaque directement et comme diurétique ;

c) En réactivant les autres tonicardiaques.

1° *Diminution du travail myocardique par le repos hypnotique.*

Il n'est pas douteux que le sommeil met l'organisme au repos, réduit au minimum les échanges et du même coup diminue le travail du cœur. Pendant le sommeil, les viscères se reposent et réparent leurs forces. Depuis les observations de Regnault et Reiset, on pense que pendant le sommeil, il y a mise en réserve d'oxygène. Sans sommeil, pas de réparation. Le myocarde, plus que tous les autres organes, est soumis à cette loi. Il ne s'arrête pas, mais pendant le sommeil, le repos de l'organisme tout entier diminue considérablement le travail du cœur.

En effet, pendant le sommeil, le fait capital, c'est l'abaissement du tonus des muscles de la vie de relation ; le débit circulatoire dans les muscles striés diminue, les besoins d'oxygène sont moins importants ; il en résulte une diminution des échanges avec les corollaires suivants :

Ralentissement du pouls et de la respiration ;
Hypotension artérielle ;
Hypothermie générale et cérébrale ;
Abaissement du métabolisme basal.

L'hypotension serait due d'après Blankehom et Campbell au ralentissement du pouls et au relâchement musculaire de la périphérie.

Ces faits sont dus à la diminution du tonus sympathique dont le centre siège dans le mésocéphale, dans les noyaux infundibulo-tubériens. Or ces noyaux sont de nature sympathique ; ils tiennent sous leur dépendance la thermogénèse, l'état de veille, la pression artérielle, la sécrétion sudorale, la glycogénèse. Leur excitation provoque l'hyperthermie, l'insomnie, l'hypertension artérielle, l'hypersécrétion sudorale, la vasoconstriction périphérique ; inversement, leur dépression fonctionnelle ou leur destruction aboutit à l'hypersomnie, à l'hypotension, à la vaso-dilatation périphérique.

Or le sommeil provoqué par la morphine aboutit aux mêmes résultats que le sommeil naturel.

La morphine met les noyaux mésocéphaliques au repos, en supprimant l'enregistrement cortico-cérébral des incitations motrices et affectives venues de l'intérieur.

En effet, d'après les recherches modernes, celles en particulier d'Albert Salmon, les centres mésocéphaliques du sommeil subissent deux ordres d'influences.

Les unes viennent du cortex cérébral et se propagent des lobes frontaux et temporaux aux noyaux infundibulo-tubériens par des fibres cortico-diencéphaliques. Elles sont dues, soit à des excitations de l'extérieur, soit à des phénomènes affectifs ; elles maintiennent, par leur stimulation continue, les noyaux mésocéphaliques en éveil. C'est pourquoi, lorsqu'on veut dormir, il faut supprimer les incitations cérébrales venues de l'extérieur ou de l'intérieur (émotions, soucis, préoccupations) ; il faut s'isoler du monde extérieur dans le calme et l'obscurité.

Les autres influences sur le mésocéphale viennent de l'hypophyse : l'expérimentation, l'anatomie et les faits cliniques établissent que les lobes antérieur et postérieur de l'hypophyse sont reliés aux noyaux infundibulo tubériens par des fibres diencéphalo-hypophysaires ; de plus les sécrétions de l'hypophyse vont imprégner les

noyaux infundibulaires (neurocrinie de Rémy Collin). La post-hypophyse provoquant la vaso-constriction des vaisseaux du mésocéphale et l'anté-hypophyse, par ses sécrétions riches en brome, exercent toutes deux une action modératrice sur les centres diencéphaliques. Aussi dans certains cas d'insuffisance hypophysaire, comme la cachexie de Simmonds, l'insomnie est fréquente ; l'administration d'extrait de la post-hypophyse procure le sommeil à ces malades.

Certains médicaments modèrent les centres mésocéphaliques par action directe ; citons les barbituriques. D'autres n'atteignent les centres du sommeil que par action indirecte. Le prototype de ces médicaments est l'opium ou ses dérivés dont le plus actif est le chlorhydrate de morphine. La morphine agit en supprimant l'enregistrement cortical des incitations extérieures : elle paralyse pour ainsi dire le cortex cérébral : c'est un hypnotique cortical.

Le résultat obtenu est le sommeil avec toutes ses conséquences : hypotension par vaso-dilatation périphérique, ralentissement du pouls et de la respiration et comme conséquence, diminution du travail myocardique. Sous l'influence de la disparition de la douleur et du repos hypnotique, le cœur reprend, la formule sphygmomanométrique s'améliore et l'état général se relève, ainsi que nous l'avons vu maintes fois.

Quant à la diurèse, les effets semblent différer selon qu'il s'agit du sommeil naturel ou artificiel, qu'il s'agit d'individus sains ou de cardiaques.

Normalement, sous l'action du sommeil naturel, la diurèse diminue chez l'homme sain.

D'après Starkenstein (1851) les hypnotiques augmentent le débit urinaire. Hopman rapproche cette action de la nycturie habituelle des cardiaques et la rapporte à l'action du sommeil sur l'écorce cérébrale et indirectement sur les centres diencéphaliques, notamment les centres vasomoteurs. Il en résulte que la morphine provoque la vaso-dilatation des capillaires, en agissant sur les centres sympathiques mésocéphaliques et sur les nerfs vaso-moteurs périphériques. Ce fait explique l'augmentation de la diurèse que nous avons observée chez certains cardiaques après les injections de morphine ; le débit était accru parce que les circulations viscérales et périphériques étaient rendues plus faciles et augmentées par suite de la vaso-dilatation des capillaires.

2° *L'action directe de la morphine sur le myocarde.*

Elle a été diversement interprétée. Huchard, nous l'avons vu, pensait qu'un centigramme de morphine augmentait l'asthénie du myocarde en asystolie et pouvait provoquer la mort. On sait que des doses élevées de morphine provoquent chez le chien des intermittences cardiaques et même un bloc partiel ou total vérifié sur l'électrocardiogramme par Einthoven et Wieringa.

Nous pensons que l'action de la morphine sur le cœur dépend des doses employées. Or, en médecine pratique, on n'utilise jamais ces doses ; nous n'avons jamais observé d'accident avec un centigramme de morphine. Nous avons parfois noté des phénomènes d'intolérance avec nausées ou vomissements, fait qui n'est pas rare chez certains hépatiques ; il s'agit de faits d'intolérance qui ne mettent pas le cœur en danger, et qui peuvent être évités ou atténués en associant l'atropine (un quart de milligramme de sulfate).

Les morts survenues aussitôt après l'injection de morphine peuvent s'observer en dehors de l'asystolie et constituent des faits exceptionnels comparables à ceux que l'on voit après l'injection de sels de cocaïne, d'ouabaïne, de novarsenobenzol. Est-on autorisé à se priver des bienfaits de ces médicaments par crainte du choc mortel problématique ? C'est pourquoi dans le même ordre d'idées, nous n'hésitons pas à rejeter les inconvénients hypothétiques de la morphine chez les cardiaques et à utiliser ce médicament pour le plus grand bien de nos malades. La suppression de l'insomnie, de l'angoisse et souvent de la dyspnée constitue pour eux un tel soulagement que la nocivité même de la morphine passe au second plan.

Nous disons plus : la morphine, à petite dose est tonicardiaque. Cette conviction résulte des expériences que nous avons faites chez le chien avec Lamelin. L'injection intraveineuse de morphine provoque une hausse de la pression artérielle. Pouchet affirme que l'impulsion cardiaque est toujours plus énergique et admet que la morphine obtient ce résultat par action directe sur les ganglions intracardiaques.

Gaston Giraud, Doumer, Poumailloux, Walser croient aussi à l'action tonicardiaque de la morphine.

3° Il faut en troisième lieu considérer *l'action de la morphine sur les autres médicaments tonicardiaques.*

Nous pensons que la morphine réactive les tonicardiaques. Souvent nous avons remarqué qu'après la première ou la deuxième injection de morphine, les médicaments toniques du cœur, administrés à doses suffisantes, devenus inactifs, retrouvent leur efficacité : les symptômes fonctionnels s'atténuent, la diurèse augmente et la formule sphygmomanométrique s'améliore. Il est vraisemblable que ce résultat est dû aux actions réunies du repos hypnotique, de l'action tonicardiaque directe, et de l'amélioration de la circulation périphérique. D'ailleurs cette réactivation n'est pas nouvelle : on connaît la réactivation de la digitale par l'ouabaïne.

D'autres auteurs ont signalé l'action réactivante de la morphine sur les médicaments tonicardiaques. G. Giraud, de Montpellier, a remarqué que l'association de la morphine aux tonicardiaques spécifiques renforce souvent l'action de ces derniers. Paul Halbron et Walser ont remarqué que dans l'insuffisance cardiaque chronique très avancée avec œdème généralisé, orthopnée, insomnie, albuminurie, l'injection de la morphine apporte une rémission inespérée, parfois prolongée. Lutembacher conclut en ces termes : « La morphine favorise l'action des tonicardiaques lorsque ces derniers ne permettent pas à eux seuls d'obtenir ce résultat. »

En outre, certains médicaments cardiotoniques, en particulier la caféine et le camphre, en même temps qu'ils renforcent le myocarde sont des excitants de l'état général. Nous avons remarqué depuis longtemps qu'ils accroissent l'énervement du malade et que, administrés le soir, ils entretiennent l'insomnie. Leur action funeste est heureusement annihilée par la morphine.

***

Les observations et les commentaires que nous rapportons ne doivent pas aboutir à la conclusion qu'il faut utiliser la morphine dans tous les cas de défaillance cardiaque.

Toutes les fois que, chez un asystolique, le repos, les tonicardiaques et le régime améliorent la circulation et font disparaître les symptômes d'insuffisance myocardique, il est bien évident que l'emploi de la morphine est inutile.

Mais quand le même traitement n'apporte pas le soulagement attendu et surtout quand l'asystolique passe des nuits blanches en proie à une dyspnée continue et à l'angoisse, la morphine peut soulager le malheureux et doit être utilisée sans arrière pensée. Il serait aussi déraisonnable d'attendre trop longtemps que le cas soit désespéré et qu'il ne s'agisse plus que d'un malheureux malade, évoqué par Huchard, qui, « lorsqu'il a cessé de vivre, n'a en réalité que fini de mourir ».

Donc, ni trop précocement, ni trop tard : telle est la formule qui doit être présente à l'esprit du clinicien qui se demande quand il doit employer la morphine chez les cardiaques.

Les indications majeures consistent dans les syndromes douloureux cardio-artériels, les syndromes angoissants et dyspnéisants, l'insomnie des cardiaques et l'inefficacité des médicaments cardiotoniques.

***

Voyons maintenant l'application pratique de la médication sédative dans les différentes affections cardio-vasculaires :

1° Palpitations ;
2° Douleurs précordiales ;
3° Péricardite aiguë ;

4° Anévrismes ;
5° Angine de poitrine ;
6° Infarctus du myocarde ;
7° Œdème aigu du poumon ;
8° Insuffisances aiguës avec dyspnée et angoisse :
Accidents gravido-cardiaques.
Asystolie dans les affections pulmonaires aiguës ou chroniques.
Asystolie dans les myocardites infectieuses ;
9° Insuffisance cardiaque chronique ;
10° Arythmie : *a*) forme angineuse de la tachycardie paroxystique.
b) tachyarythmies avec embolies subintrantes ;
11° Artérite oblitérante ;
12° Hypertension.

Palpitations cardiaques

Battements cardiaques tumultueux et fréquents perçus par la conscience.

Leur étiologie se résume dans les paragraphes suivants :
Cardiopathies organiques ;
Hyperthyroïdie ;
Troubles digestifs ;
Intoxication par le tabac, le thé, le café ;
Anémie ;
Etat névropathique.

Leur traitement sera étiologique avant tout ; il sera complété par l'administration d'aubépine, de passiflore et au besoin de gardénal et de bromhydrate de quinine.

Douleurs précordiales

Douleur dans la région du cœur :

Etiologie : le problème consiste à éliminer les affections cardiaques organiques : angor, périaortite, péricardite.

Caractère important : *s'agit-il d'une douleur à l'effort ?* Sur cent malades qui souffrent à l'effort, quatre-vingt-dix sont des angineux typiques, dix sont douteux (car la sensation est indécise, la localisation de la douleur est anormale (épigastre), le sujet a l'apparence d'un névropathe (Gallavardin).

Donc, il peut y avoir douleur thoracique d'effort sans angor. Il y a aussi algies précordiales *sans lésion cardio-aortique.*

Névralgie phrénique : caractères spéciaux de localisations et d'irradiation.

Névralgie intercostale : points de Valleix.

Trait étiologique : Insuffisance cardiaque : digitaline, ouabaïne ;
Troubles dyspeptiques ;
Diathèse rhumatismale ;
Syphilis ;
Angor (nous allons la voir plus en détail).

Symptomatique, tous les sédatifs : aspirine, bromure Na, valériane, aubépine, *révulsion.*

Parmi les syndromes douloureux, retenons les douleurs aiguës des **péricardites.** Nous avons publié l'observation d'un chauffeur de locomotive de 28 ans qui fut pris un matin d'une vive douleur précordiale, s'irradiant, comme la douleur angineuse vers l'épaule et le bras gauches et s'accompagnant de fièvre à 38, 39°. La médication salicylée ne fut active qu'au bout de trois jours et pendant ce temps les souffrances furent aiguës, exacerbées par les mouvements respiratoires et surtout par la toux ; on fut obligé de faire des injections de morphine.

Dans les **anévrismes,** il n'est pas rare que l'on soit forcé d'employer la médication sédative (morphine ou autres dérivés de l'opium ou sels de cocaïne, en injection locale). Il s'agit d'anévrismes érodants et nous avons rapporté l'histoire de trois anévrismes de l'aorte descendante dont le symptôme dominant était la douleur vive et fixe à la base gauche, violemment exacerbée à la marche ou à l'occasion d'un effort. Chacun de ces malades avait subi une révulsion variée sur la base du côté gauche dont les traces étaient encore visibles. L'examen radiologique de face et de profil révéla une poche anévrismale de l'aorte descendante au-dessus du diaphragme. Le traitement mercurial et ioduré fut institué ; mais son action fut lente et ne fut efficace que quinze jours après le début ; pendant ces quinze jours, on fut obligé de faire des injections de scopolamine-morphine le soir, tellement la douleur était vive pendant la nuit.

L'anévrisme de la crosse comporte le même traitement : c'est la médiastinite syphylitique qui est la cause des douleurs ; elle exige les médications spécifique et sédative associées.

L'angine de poitrine

Quelles que soient son étiologie et sa pathogénie, elle doit être considérée comme l'expression de la souffrance du cœur ou de l'aorte : elle constitue pour la médication sédative et pour la morphine, en particulier, l'indication essentielle et capitale.

Le traitement de l'angine de poitrine se résume donc en trois points : calmer la douleur, provoquer une vaso-dilatation des coronaires et soutenir le myocarde.

La médication sédative dans l'angine de poitrine a retenu l'attention des cliniciens d'une façon toute particulière depuis une vingtaine d'années.

La douleur angineuse est un réflexe douloureux dont le point de départ siège dans l'endocarde, le myocarde ou l'aorte.

Ce réflexe peut se décomposer en trois :

1° Un réflexe viscéro-sensitif ; les filets sympathiques partis de l'appareil cardio-aortique aboutissent aux ganglions prévertébraux, puis à la racine postérieure par les rami-communicantes et s'irradient à la paroi. Les zones de projection de la douleur cardio-aortique dans l'angine de poitrine sont bien connues : précordiale, scapulaire et brachiale.

2° Réflexe viscéro-moteur : certains filets aboutissent aux cornes antérieures et provoquent la contraction des muscles intercostaux, c'est ce réflexe qui donne la sensation de constriction.

3° Réflexe viscéro-vaso-moteur qui provoque la pâleur, la rougeur et la sueur dans l'angor pectoris par l'intermédiaire des filets sympathiques.

Ces considérations font comprendre les différentes méthodes que nous pouvons employer pour calmer la douleur angineuse.

C'est d'abord la morphine ou ses succédanés ou les barbituriques qui constituent des anesthésiques généraux. La morphine à la dose de 1 à 2 centigrammes est certainement le plus efficace.

La vasodilatation des coronaires obtenue avec les nitrites : nitrite d'amyle, tétranitrol, trinitrine ou l'aminophylline, suffit parfois à supprimer le réflexe angineux. On associe souvent les nitrites avec les opiacés ou la papavérine dont l'action paralysante sur les fibres musculaires lisses est bien connue.

On a aussi cherché à couper l'arc réflexe de l'angine sur son parcours, Daniélopolu et Haristide, Litchwitz dans sa thèse, Leriche et Fontaine, Leibovici ont décrit la technique de l'anesthésie paravertébrale des ganglions sympathiques du tronc sympathique et des rami-communicantes. Mais il s'agit d'une méthode délicate, non exempte de danger.

La novocaïnisation du ganglion étoilé est indiquée dans les crises angineuses fréquentes ou subintrantes ; elle provoque le syndrome de Claude Bernard-Horner, indice que l'injection a été bien faite.

En 1914, Jonnesco pratique la première *intervention chirurgicale* dans le but d'interrompre le circuit nerveux de la douleur. Cette méthode fut étudiée dans tous ses détails par Leriche et par Daniélopolu. Trois opérations sont préconisées :

1° La sympathectomie cervicale avec conservation du ganglion étoilé, préconisée par Daniélopolu ;

2° La ganglionectomie thoracique haute qui enlève les quatre premiers ganglions thoraciques ou les rami-communicantes : opération grave, abandonnée ;

3° En France, la stellectomie, de préférence gauche, est pratiquée par Leriche qui supprime ainsi le rôle cons-

tricteur du sympathique cervico-thoracique. D'après cet auteur, il reste assez de fibres nerveuses pour assurer le jeu des cardio-accélérateurs. Il a pratiqué l'opération vingt-sept fois et n'a eu à déplorer aucun signe de défaillance cardiaque imputable à l'acte chirurgical.

Néanmoins, le traitement chirurgical de l'angine de poitrine n'est indiqué que si toute thérapeutique médicale est impuissante.

Enfin, dans ces dernières années on a supprimé la douleur en l'attaquant à l'extrémité de l'arc réflexe, en anesthésiant les terminaisons nerveuses cutanées. D'après Head, Mackenzie, Lemaire, les douleurs viscérales ne deviennent conscientes qu'à la condition d'être extériorisées dans le territoire périphérique correspondant du point de vue métamérique, au viscère envisagé. En supprimant la projection périphérique, on supprime du même coup la perception consciente de cette douleur.

Aussi provoque-t-on une anesthésie intradermique ou sous-cutanée avec une solution de novocaïne ou de scurocaïne que l'on injecte aux quatre coins d'un rectangle représentant la superficie de l'aire douloureuse de projection. Cette méthode inoffensive et très pratique nous a rendu de notables services chez les angineux en période de crises subintrantes que n'avaient calmé ni les vaso-dilatateurs, ni les injections de morphine. Il en a été de même chez trois malades rapportés par Langeron.

La physiothérapie : radiothérapie appliquée sur le thorax ou sur la région lombaire agit seulement sur l'élément vaso-moteur qui existe la plupart du temps dans l'angine de poitrine.

Elle est indiquée dans les cas de souffrance du plexus cardiaque sans artérite oblitérante des coronaires (fait difficile à démontrer).

Contre-indications : insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, lésions orificielles, mauvais état général.

Résultat : amélioration dès la troisième à cinquième séances, mais on peut avoir exacerbation de la douleur. Aussi cette méthode n'est-elle pas unanimement acceptée.

La diathermie et les ondes courtes sont essayées à titre d'adjuvants, mais comme la radiothérapie, elles peuvent provoquer des exacerbations.

Le traitement de **l'infarctus du myocarde** vise un triple but : calmer la douleur, remonter la capacité fonctionnelle cardiaque et circulatoire et enfin éviter, dans la mesure du possible, la syncope mortelle.

La médication sédative, la seule qui nous occupe ici, est au premier rang des préoccupations du clinicien qui doit avant tout « calmer la douleur atroce qui écrase la poitrine, les épaules et les bras et qui pousse le malade à réclamer la mort ».

Bickel n'hésite pas à injecter 1 centigramme de morphine malgré le collapsus. Loin d'aggraver le collapsus cardio-vasculaire la morphine l'atténue le plus souvent. Elle est d'autant plus indiquée que dans l'infarctus du myocarde les nitrites sont inefficaces et peuvent être dangereux en augmentant la chute tensionnelle qu'ils peuvent provoquer.

Si la douleur ne cesse pas, Bickel fait une injection intraveineuse de 1 centigramme de morphine et l'associe au camphre ou à la coramine. Certains auteurs ont préconisé, en face d'une douleur tenace, la narcose à l'éther (Levine, Brooks), l'injection intramusculaire de barbiturique soluble (Bickel). Tamches a préconisé l'injection intraveineuse de 30 centimètres cubes de sérum chloruré hypertonique et Rizer et Kilgore recommandent les inhalations d'oxygène parce qu'ils croient la douleur en relation partielle avec l'oxygénation insuffisante de la zone ischémiée.

Toutes ces tentatives montrent la ténacité et l'intensité de la douleur angineuse dans certains cas et l'intérêt capital qu'il y a à la supprimer, car en même temps qu'elle est engendrée par l'artérite oblitérante, elle est aussi génératrice de spasme vasculaire et de douleur surajoutée réalisant ainsi un cercle vicieux qu'il est urgent de rompre si l'on veut rendre la vie supportable au malade et parfois le sauver.

On sait que le traitement de **l'œdème aigu pulmonaire** se résume dans ces trois mots : saignée, ouabaïne, morphine. Si tout le monde est d'accord sur les deux premiers, il n'en est pas de même pour la médication sédative jusqu'à ces dernières années.

En effet, la morphine fut condamnée dans l'œdème aigu du poumon après la mort de Charcot, survenue dans une auberge des Settons, dans la Nièvre, au cours d'un œdème aigu pulmonaire traité par la morphine.

Vaquez et ses élèves, en particulier Laubry, réhabilitèrent l'opium dans ce syndrome aigu de défaillance cardiaque. Ils montrèrent par des exemples que la morphine n'exerçait pas de dépression sur le cœur et qu'elle ne diminuait guère la sécrétion rénale ou du moins que si elle inhibait la diurèse, cette action n'était que passagère et ne pouvait en rien aggraver la lésion cardiaque. Nous savons maintenant que la morphine a une action tonicardiaque et qu'elle active plutôt la diurèse par vaso-dilatation périphérique et par son action sur les centres sympathiques du diencéphale.

Toujours est-il que l'on doit, aussitôt que le diagnostic est posé, faire une saignée plus ou moins copieuse (3 à 500 grammes) suivant le degré de la dyspnée et de la cyanose : on se basera aussi sur la plus ou moins grande rapidité de l'amélioration. Et l'on fait aussitôt une injection intraveineuse de un quart de milligramme d'ouabaïne.

Si l'amélioration n'est pas satisfaisante, surtout s'il se mêle à l'inondation alvéolaire un syndrome angineux, on devra recourir à la morphine.

Dans certains cas où il n'a pas été possible de faire une saignée ni une injection d'ouabaïne et où il n'a été utilisé que la morphine, l'amélioration fut la même. Ce fait est compréhensible, si on se rappelle que le substratum anatomique de l'œdème aigu du poumon réside dans un déséquilibre vaso-moteur soudain aboutissant à une sécrétion broncho-pulmonaire encombrante et rapidement mortelle. Dans ces conditions, n'est-il pas raisonnable d'employer le médicament modérateur par excellence des centres vasomoteurs et secrétoires, la morphine.

Au surplus, on rencontre actuellement de plus en plus souvent des œdèmes aigus du poumon d'origine uniquement nerveuse au cours de l'encéphalite, de la polyomyélite, du tabes et de l'épilepsie. Dans tous ces cas la médication sédative nerveuse est tout à fait indiquée : la morphine et la belladone sont les médicaments les plus employés ; la belladone sert en particulier dans l'intervalle des crises pour éviter le retour du drame pulmonaire.

Insuffisances cardiaques aiguës droite ou gauche

Nous en retiendrons trois groupes :

a) Accidents gravido-cardiaques dont la séméiologie est bien connue : leur traitement se résume en saignée, ouabaïne et morphine ;

b) Les asystolies secondaires à une affection pulmonaire : pneumonie, broncho-pneumonie, scléroses broncho-pulmonaires extensives.

On connaît le surmenage de ces malades qui ne dorment pas parce qu'ils sont torturés par la dyspnée, la douleur thoracique et la fièvre. Leur cœur est soumis à une dure épreuve et c'est pour eux que l'on a dit : la maladie est aux poumons, le danger est au cœur. C'est pourquoi, même préventivement, on leur administre des tonicardiaques.

Mais le sommeil est pour eux le meilleur remède : c'est aussi l'opinion de Lemaire. L'éminent professeur belge nous confiait, en 1930, que pendant trente années il s'était particulièrement occupé de la pneumonie : un seul médicament lui paraissait vraiment utile, la morphine, parce qu'elle procurait quelques heures de sommeil.

Nous avons maintes fois vérifié cette assertion. En voici un exemple frappant :

M. M..., cinquante-sept ans, négociant, se plaint d'un point de côté à la base droite, au lendemain d'une partie de chasse, le 13 novembre 1930. La fièvre monte progressivement et atteint 39° le surlendemain. La dyspnée augmente ainsi que la toux ; l'expectoration en petite quantité est rouillée.

Bientôt on entend à la base droite un souffle tubo-pleural entouré de râles crépitants : les vibrations exagérées au début s'atténuent peu à peu sans disparaître complètement : il s'agit d'une congestion pleuro-pulmonaire.

L'appareil circulatoire manifeste sa souffrance par une tachycardie à 110, une dyspnée importante, non expliquée en totalité par la lésion pulmonaire, une dilatation cardiaque décelée par une matité débordant de deux centimètres le bord droit du sternum et une hépatomégalie douloureuse de stase. La tension artérielle au Vaquez est de 15-10 : avant la maladie, elle était de 17-10.

Urines : albuminurie légère sans cylindrurie.

Pendant quinze jours, la fièvre oscilla entre 38°3 et 39°4. Les signes physiques pulmonaires s'aggravèrent et atteignirent le côté gauche. La dyspnée était permanente et s'aggravait au moindre effort. Un léger œdème malléolaire apparut.

Le 1er décembre, la tension artérielle mesurait 14-10.

Le traitement consistait en injections d'huile éthéro-camphrée, de spartéine, parfois de caféine pour soutenir le cœur et en médication symptomatique pour les lésions pulmonaires.

Pendant trois semaines l'affection pulmonaire resta inchangée.

Vers le 5 décembre, la dyspnée s'accrut encore, le pouls atteignit 140 ; et la tension qui avait baissé lentement mesurait 13-10. La défaillance cardiaque s'annonçait très grave et le malade était en danger imminent de mort. D'ailleurs la cyanose des lèvres, des oreilles et des doigts traduisait à la fois l'insuffisance myocardique et l'anoxhémie.

Il fallait noter l'absence complète de sommeil depuis vingt jours : à part quelques sommes de 10 à 15 minutes très espacés et coupés par une crise de dyspnée, le malade restait constamment en éveil pour lutter contre la dyspnée. Au traitement habituel, on ajouta des injections de digitale, d'ouabaïne.

Le résultat fut nul. Le 16 décembre, la partie semblait définitivement perdue : pouls 154 petit, à peine palpable, tension 12,5-10.

C'est alors que nous prescrivîmes une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine pour permettre au moribond de mourir sans souffrir.

Le lendemain quelle ne fut pas notre stupéfaction non seulement de ne pas trouver notre malade mort, mais nettement amélioré.

Grâce à la morphine , il avait dormi cinq heures de suite et s'étant éveillé progressivement, il s'était trouvé mieux : pouls 126, moins de dyspnée, tension 13-10.

Ce jour-là on supprima tous les toni-cardiaques *per os* ou en injection et le soir on lui fit de nouveau une injection de 1 centigramme de morphine.

L'amélioration des signes fonctionnels se poursuivit ainsi pendant cinq jours, surtout de ceux qui dépendaient de l'insuffisance cardiaque : une diurèse importante s'établit et dura six jours après lesquels l'œdème des jambes avait disparu et l'hépatomégalie avait diminué. Quant aux phénomènes pulmonaires, ils s'amendèrent plus lentement : il fallut trois semaines pour que le côté gauche pût retrouver son murmure vésiculaire normal ; le côté droit présentait encore de l'obscurité un mois après le début de l'amélioration. D'ailleurs, une radiographie à cette époque montra un voile uniforme de la base droite, un diaphragme droit peu mobile et festonné. La tension artérielle était remontée progressivement à 16-10, avec une tension maxima qui n'a jamais varié et qui est restée élevée.

La convalescence se poursuivit sans incident ; l'albuminurie disparut ; il persista une dyspnée d'effort qui ne s'atténua guère.

Le malade, très ménager de ses forces et de son cœur, vécut encore six ans. En 1936, s'installèrent des signes d'asystolie droite, faiblement réductible au début, puis irréductible. Pendant huit mois que dura sa longue agonie, il fit très souvent usage de la morphine ou du mélange scopolamine-morphine qui lui procura toujours, sauf dans les vingt derniers jours, un véritable soulagement : sommeil réparateur, diurèse plus abondante et atténuation de la dyspnée.

c) Les asystolies dans les myocardites infectieuses : leur gravité est évidente ; nous n'avons employé la morphine que trois fois (une myocardite diphtérique et deux typhiques). L'agitation, la dyspnée et l'insomnie furent nettement atténuées, résultat très appréciable ; mais les malades moururent sans que la morphine puisse être incriminée.

Insuffisance cardiaque chronique

Nous faisons ici allusion aux insuffisances cardiaques d'origine valvulaire, arrivées au stade de décompensation et dont l'évolution se fait par accès successifs jusqu'à l'asystolie irréductible

Les premiers accès cèdent au repos et aux tonicardiaques ; on n'a pas besoin de sédatif à moins que la dyspnée angoissante empêche tout repos.

Plus tard, les accès se rapprochent et l'asystolie devient irréductible ; la dyspnée continue et l'insomnie à leur tour augmentent la défaillance cardiaque.

C'est alors que les calmants, les hypnotiques, la morphine en particulier, peuvent rendre les plus grands services ; ils contribuent à renforcer les contractions cardiaques et réactivent les tonicardiaques.

Parfois on assiste à une véritable résurrection. Quel que soit le mode secret de son action, dit Vaquez, la morphine donne au malade une survie qui n'est pas négligeable.

Les inconvénients d'une cure prolongée ne sont pas tellement à redouter ; ils sont largement compensés par le bien être qu'ils procurent.

En voici un exemple :

M. Em. H..., soixante-six ans, nous appelle à son chevet le 10 mars 1931. Depuis un mois, il présente de la dyspnée d'effort. Puis progressivement s'installèrent d'autres signes d'asystolie : œdème malléolaire, bilatéral et vespéral, congestion du foie et des bases pulmonaires, tachycardie, insuffisance mitrale, tension 15,5-11, oligurie et albuminurie.

Tous ces signes étaient nets ; mais ce qui inquiétait par dessus tout le malade, c'était, depuis cinq jours, l'absence de sommeil et la dyspnée angoissante qui l'accompagnait.

« Faites-moi dormir » fut la demande qui conclua notre interrogatoire.

Au traitement institué, digitale et huile camphrée, nous ajoutâmes le soir une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

Le résultat fut immédiatement merveilleux : quatre heures de sommeil, sensation de mieux être au réveil, dyspnée moins prononcée, diurèse augmentée, moins de tachycardie.

Pendant quatre jours on répéta la morphine, après quoi le malade dormit une partie de ses nuits sans hypnotique.

Les œdèmes et les congestions viscérales disparurent ; la tension différentielle augmenta, 16-10 puis 16-9,5 : seul le souffle systolique de la pointe persista. Nous n'avons plus revu ce malade.

Arythmie

Nous terminerons cette étude par un court aperçu sur les arythmies, qui sont parfois accompagnées de sensations pénibles voire même de douleurs.

En général, le traitement étiologique approprié à la forme clinique, tachycardie (quinidine), bradycardie (belladone), associé aux sédatifs cardiaques ou généraux aboutit à la disparition des palpitations et des douleurs précordiales.

Il faut cependant faire une mention spéciale pour deux affections :

D'une part, *la tachycardie paroxystique à forme angineuse* dont le pronostic est sévère et dont le traitement comporte la quinidine, la digitaline et la morphine ;

D'autre part, *la tachyarythmie avec embolies subintrantes ;* elle s'observe chez certains mitraux avec fièvre discrète, et fait songer à une endocardite subaiguë.

C'est une affection très grave.

La morphine atténue les réflexes qui interviennent dans l'embolie pulmonaire ; mais elle agit aussi comme un excellent médicament contre l'hémoptysie.

BIBLIOGRAPHIE

Archambaud et Poulet. A propos de l'emploi de la morphine chez les cardiaques. *Paris Méd.*, 22 janvier 1938, p. 77.

A. Bernard, Delerue et Singer. Anévrysme de l'aorte descendante. *Journ. Sc. Méd. Lille*, 28 juillet 1935.

A. Bernard. Anévrysme monosymptomatique de l'aorte descendante ; douleur dorsale à la toux. *Journ. Sc. Méd. Lille*, 1935.

Dausset et Arraud. La d'Arsonvalisation par ondes courtes dans le traitement des affections vasculaires. *Rev. Méd. Franç.*, avril 1936, p. 315.

P.-Noël Deschamps. Les injections locales dans le traitement de l'angine de poitrine. *La Médecine*, mars 1931.

Ch. Fiessinger. Les injections de morphine. *Journ. des Praticiens*, 7 novembre 1934.

Huchard et Ch. Fiessinger. *La thérapeutique en vingt médicaments.* Maloine, éditeur.

Jacquet (Maurice). Comment tenir compte des données nouvelles dans le traitement des cardialgies. *Concours Méd.*, 11 mai 1938, p. 1353.

La Vie Médicale. Enquête sur l'emploi de l'opium et de ses dérivés en cardiologie, 25 décembre 1930.

Langeron. Remarques sur le traitement de l'angine de poitrine par l'injection de stovaïne loco dolenti. *Presse Méd.*, 11 avril 1941.

Pierre Laubry. *Les coronaires et le problème de la douleur cardiaque.* Chez Doin, éditeur.

Laubry et Esmein. La médication opiacée dans les affections cardio-vasculaires. *Paris Médical*, 19 octobre 1918.

Macrez. Etude des effets de la morphine sur la diurèse et sur la dépuration rénale, en particulier chez les cardiaques. *Thèse Paris*, 1937.

Macrez. La morphine chez les cardiaques. *Paris Méd.*, 25 septembre 1937.

P.-E. Morhardt. Rythme nycthéméral. *Presse Méd.*, 24 décembre 1938, p. 1903.

Morel-Kahn. La diathermie dans le traitement de quelques affections circulatoires. *Journ. Méd. Français*, avril 1927, p. 154.

Salmon. Le rôle des corrélations cortico-diencéphaliques dans la régulation de la veille et du sommeil. *Presse Méd.*, 3 avril 1937, p. 509.

Surmont et Le Go. Traitement physiothérapique des spasmes vasculaires. *Journ. Méd. Franç.*, février 1936.

Tiffeneau. Analgésiques morphiniques. *Paris Médical*, 20 juillet 1935.

Warembourg, Linquette et Ravaut. Le spasme artériolaire dans l'insuffisance cardiaque ; ses conséquences thérapeutiques. *Presse Méd.*, 30 novembre 1938.

Weissenbach et Perles. Les injections intradermiques dans le traitement des douleurs symptomatiques des artérites chroniques oblitérantes. *Bull. Méd.*, 19 février 1938, p. 127.

Edgard Zunz. *Eléments de pharmacodynamie.* Masson, éditeur.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 12 novembre 1941. — Jury : MM. Couvelaire, Gougerot, Donzelot, Soulié. — M. Dépinay. La radiologie dans les grossesses extra-utérines au voisinage du terme. — M. Vialle. Les sulfamides : Le sulfathiazol (2090 RP.) dans le traitement des colibacilluries de la grossesse. — M. Le Bozec. Manifestations respiratoires de la thrombose coronarienne aiguë. — Mme Lominska. Contribution à l'étude des accidents bismuthiques bucco-pharyngés.

Jeudi 20 novembre 1941. — Jury : MM. Lemaître, Troisier, Brouet, Patel. — M. Olivesi. De l'emploi des appuis craniens dans les traumatismes de l'étage moyen de la face. — Mlle Bérenger. Contribution à l'étude des rapports de la péricardite séro-fibrineuse tuberculeuse avec la primo-infection.

Mercredi 26 novembre 1941. — Jury : MM. Couvelaire, Chiray, Justin Besançon, Fèvre. — M. Martin. Contribution à l'étude de l'apoplexie utéro-placentaire. — Mlle Poirier. Contribution à l'étude des sténoses du pylore d'origine ulcéreuse et cancéreuse chez l'adulte.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 19 novembre 1941. — Jury : MM. Couvelaire, Lesbouyries, Verge. — M. Cozlan. Les avortements infectieux chez la jument.

Jeudi 20 novembre 1941. — Jury : MM. Gougerot, Henry, Darraspen. — M. L'Hoste. Eczéma chez le chat.

Mercredi 26 novembre 1941. — Jury : MM. Tanon, Drieux, Henry. — M. Eury. La ladrerie des petits ruminants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 10 novembre 1941

Sur les rôles de la Vitamine C et de la phosphatase dans la formation de la substance osseuse au niveau des cals de fracture. — M. Jean Roche et Mme Raphaële Martin-Poggi. — La vitamine C et la phosphatase participent chacune à une phase particulière de la formation des cals osseux. L'acide ascorbique joue un rôle important dans l'organisation de la matrice protéique, grâce à son action sur le développement des fibres conjonctives. La phosphatase ne manifeste, par contre, une activité intense qu'immédiatement avant la calcification. Elle permet alors l'accumulation de radicaux phosphoriques au niveau de la substance préosseuse, du phosphate tricalcique se formant par la suite *in situ* lors de la prise du cal.

Le rôle de la vitamine B_1 dans l'utilisation des différentes fractions organiques des aliments. — M. Raoul Lecoq.

Transmission du Bacille de Whitmore par le moustique Aëdes (*Stegomyia*) **Aegypti.** — MM. Georges Blanc et Marcel Balthazard.

Séance du 17 novembre 1941

Sur la cinétique de l'oxydation de la vitamine C dans des solutions d'acide métaphosphorique. Application au dosage. — M. Antonio Sosa.

Sur le passage du tocophérol dans le sang et la possibilité d'un test direct d'avitaminose E. — Mlle Andrée Vinet et M. Paul Meunier.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 25 novembre 1941

Service des Eaux Minérales. — M. Villaret lit son rapport sur le Service des Eaux Minérales pendant l'année 1940.

Nocivité possible du paradichlorobenzène employé comme « anti-mites ». — M. Maurice Perrin (de Nancy) a observé des malaises et des altérations sanguines, notamment de l'hypogranulocytose, sous l'influence de l'inhalation prolongée des vapeurs du paradichlorobenzène, utilisé dans les appartements comme antimites (ou accessoirement comme désodorisant). Ces intoxications s'apparentent à celles que produit le benzol utilisé dans l'industrie.

Le paradichlorobenzène est un insecticide actif et maniable, très employé. Il ne faut plus le placer dans les chambres habitées ou dans les cabinets de toilette adjacents ; il faut aérer les vêtements qui en sont imprégnés.

Election. — L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la première section (médecine et spécialités médicales). — Classement des candidats : en première ligne, M. Courcoux ; en seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Ameuille, Aubertin, Lhermitte, Trémolières et Troisier ; adjoints par l'Académie : MM. Pruvost, Sézary et Touraine. — Au premier tour de scrutin, M. Courcoux est élu par 66 voix sur 70 votants. M. Ameuille a obtenu 2 voix, M. Lhermitte 1 voix, M. Trémolières 1 voix.

Rapport sur les vaccinations et les revaccinations effectuées en France durant l'année 1940. — M. H. Bénard, dans la précédente séance, au nom de la Commission de la Vaccine, avait lu son rapport que le manque de place nous avait forcés d'ajourner.

Dans cet important travail qui doit être adressé à M. le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, se trouve exposé le fonctionnement des Services de la Vaccination dans les différents départements.

Les vœux suivants sont soumis à l'Académie :

Que soit facilité, dans les divers départements, l'usage des convocations individuelles ;

Que soient rappelées aux médecins vaccinateurs la grande activité des pulpes vaccinales mises à leur disposition et l'inutilité d'inoculations trop étendues ou trop nombreuses ;

Que des instructions soient envoyées dans les maternités ou les maison d'accouchement pour que celles-ci ne délivrent aucun certificat à un enfant inoculé, mais non revenu à la séance de contrôle ;

Que l'on procède activement à la revaccination dans les camps de jeunesse et que l'on recherche, en s'appuyant sur les indications du dernier recensement les jeunes filles et jeunes femmes assujetties de la 20e année.

Ces vœux mis aux voix ont été adoptés à l'unanimité.

Séance du 2 décembre 1941

Juvénilisme chez un garçon de 22 ans par destruction des testicules à l'âge de 15 ans. Efficacité du traitement par le testostérone. — MM. Pierre Nobécourt et Sotirios B. Briskas. — A 15 ans, un garçon dont la puberté débute régulièrement, est atteint d'une affection des testicules, qui se termine par une atrophie. De ce fait la puberté ne s'achève pas.

Les auteurs le traitent par des injections de *Propionate de Testostérone*.

Actuellement, après deux années de traitement, à 24 ans et demi, l'habitus n'est plus juvénil. Le malade est devenu un *homme* du point de vue somatique et psychique ; il est même distingué en physique et en mathématique.

Malheureusement *il n'est pas un homme véritable.* Il lui manque la *fonction de reproduction.* La testostérone, comme il est de règle, a été sans action sur ses testicules qui sont toujours atrophiés ; il a l'appétit sexuel, des érections, des éjaculations, le liquide éjaculé contient des cellules de la lignée séminale, mais pas de spermatozoïdes. De ce point de vue, le pronostic doit être réservé.

Eléphantiasis streptococcique guéri par les sulfamides. — MM. H. Gougerot et A. Carteaud. — Les auteurs rapportent un cas d'Eléphantiasis Nostras de la jambe chez une femme de 42 ans, éléphantiasis accompagné de poussées fébriles et douloureuses apparu le 30 avril dernier.

Sous l'influence de deux cures de 693, la première de 6 gr. 50, la seconde de 21 gr. et d'une troisième cure de 10 gr. 50 de 2090 R P, l'état local s'est rapidement transformé. Le pourtour de la cheville a diminué de 12 cm. et celui du mollet de 9 cm. en 4 mois. De plus, les poussées fébriles et douloureuses ont totalement disparu dès la deuxième cure de 693.

Quand on connaît le caractère rebelle aux médications des éléphantiasis, il est intéressant de souligner le succès rapide obtenu dans ce cas d'éléphantiasis treptococcique par la thérapeutique sulfamidée.

Variations de l'activité pathogène du Treponema Pallidum d'origine humaine. — MM. G. Levaditi et A. Vaisman.

Prises de vues cinématographiques. — A la fin de la séance des prises de vues ont été faites dans la salle et dans l'atrium.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 26 novembre 1941

A propos du procès-verbal. — M. Kuss a toujours fait systématiquement la suture du bord interne des grands droits de l'abdomen dans la cure des éventrations de la ligne médiane mais il reconstitue le feuillet antérieur de la gaine.

A propos des plaies du rectum. — M. Auvray.

Corps étranger du duodénum chez un nourrisson de six mois. Opération. Guérison. — M. Loussot. — M. Fèvre discute les indications opératoires de ces corps étrangers ; l'opération n'est légitime qu'après avoir utilisé l'absorption de queues d'asperges, la mise en décubitus ventral, les antispasmodiques.

M. Cadenat a utilisé des flammèches de coton trempées dans du lait.

M. Mondor fait observer que les fibres d'asperge ne sont pas sans inconvénient ; il a vu un cas d'occlusion provoquée par l'absorption inconsidérée de cet aliment.

A propos de deux cas de tétanos post-abortum. — M. Poilleux. — M. Gatellier rapporte ces deux observations terminées toutes deux par la mort malgré l'hystérectomie et la sérothérapie massive. Les examens histologiques des pièces a montré dans les deux cas des lésions toxiques du muscle utérin. M. Gatellier discute l'indication de l'hystérectomie qui est formellement indiquée lorsque l'utérus contient encore quelque chose (corps gros, pertes, etc.) ; mais lorsque les accidents tétaniques sont tardifs, la sérothérapie massive paraît seule logique.

M. Lenormant a en un an observé cinq cas de tétanos post-abortum tous mortels. Il estime que même, dans les cas d'éclosions tardives du tétanos il faut faire l'hystérectomie.

M. Blondin a observé trois cas de tétanos post-abortum consécutifs à des manœuvres faites avec un crayon.

Péritonite post-abortum. Septicémie à streptocoque hémolytique. Hystérectomie totale. Sulfamidothérapie intrapéritonéale. — M. Guénin. — M. Jean Gosset rapporte cette observation dans laquelle la guérison peut être mise sur le compte de la décision opératoire et des sulfamides. La résorption intrapéritonéale des sulfamides est énorme mais extrêmement rapide ; l'imprégnation de l'organisme est donc massive mais éphémère.

M. Soupault ayant fait faire des dosages chez l'homme a pu

constater qu'au bout de 12 heures, on retrouvait de faibles doses de sulfamide.

M. Mondor a observé deux cas de septicémies rares, l'une à colibacilles, l'autre à funduliformis.

M. Basset se montre très satisfait de la sulfamidothérapie intra-péritonéale qui paraît bien supportée.

MM. Brèchot, Lambret, Rouhier prennent part à la discussion.

M. J. Gosset rapporte une observation dans laquelle les sulfamides ont permis de guérir une septicémie à streptocoque avec endocardite maligne.

Présentation de radiographie. — M. A. Richard.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 18 novembre 1941

A propos du syndrome neuro-œdémateux. — M. Heuyer signale qu'on observe actuellement dans les hôpitaux psychiatriques des cas excessivement nombreux de syndrome neuro-œdémateux ayant une grande analogie avec le béri-béri. Le pronostic en est sévère et la mortalité avoisine 30 %.

Anémie aiguë curable du nouveau-né. — MM. Lelong et R. Joseph isolent dans le cadre des phénomènes biologiques qui accompagnent l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, un type spécial d'anémie sans caractère familial et qui apparaît après un intervalle libre vers le cinquième jour de la vie.

Elle est caractérisée par une pâleur intense, coexistant souvent avec l'ictère physiologique ; la croissance est régulière et la guérison est de règle, souvent hâtée par les transfusions et la médication anti-anémique. Le taux des globules rouges tombe à 1.000.000 ou 1.500.000 et remonte à la normale. Il n'y a ni rechutes, ni séquelles.

Ce syndrome s'oppose aux érythroblastoses fœtales et se rapproche de l'ictère physiologique et du melæna du nouveau-né.

Volvulus total du grêle chez un nouveau-né. — M. Pouyanne a observé chez un nourrisson de cinq jours l'apparition brusque de vomissements incoercibles. Une radiographie a montré la distension de l'estomac et des deux premières portions du duodénum. Une laparotomie permit de reconnaître qu'il s'agissait d'un volvulus total du grêle et de pratiquer la détorsion. L'enfant guérit parfaitement.

Syndrome de Guillain-Barré avec signes encéphalitiques, cardio-vasculaires et acrodyniques passagers. — M. Janet, Mme Odier-Dolfus et M. Lesca rapportent l'observation d'un garçon de 10 ans atteint de quadriplégie flasque douloureuse avec atteinte transitoire des nerfs craniens, dissociation albumino-cytologique dans le L. C. R., évoluant vers la guérison en deux mois environ. Ce cas se distingue des cas classiques par l'adjonction : 1° de signes encéphalitiques fugaces, convulsion, obnubilation et agitation ; 2° de signes cardio-vasculaires, hypertension transitoire et souffle systolique intense pendant huit jours ; 3° de signes acrodyniques, œdème et desquamation des mains.

Méningite puriforme aseptique terminée par guérison et suivie de méningite tuberculeuse. — M. Janet, Mme Odier-Dolfus et M. H. Lesca rapportent l'observation d'un garçon de 14 ans entré une première fois à l'hôpital Hérold pour syndrome méningé brutal, rapidement jugulé par la sulfamidothérapie, avec liquide céphalo-rachidien trouble, aseptique, à polynucléaires intacts.

Trois mois plus tard, l'enfant revient avec une méningite lymphocytaire à évolution mortelle. Entre temps, la cuti-réaction a viré. Les auteurs portent le diagnostic de méningite tuberculeuse et discutent le lien qui l'unit à l'épisode initial.

Coqueluche et tuberculose. — M. Marquézy apporte la statistique de son service : il a pu observer 289 enfants atteints de cuti-réaction positive, dont 200 ont été suivis plus d'un an.

Sur 147 enfants atteints de tuberculose fixée, il n'a observé que deux réveils de la maladie, tous deux bénins.

Sur 53 cas de tuberculose évolutive, il a observé 14 décès se répartissant ainsi :

4 sur 19 cas de complexe primaire ;
1 sur 14 cas de splénopneumonie ;
1 sur 12 cas de lésions pulmonaires nodulaires discrètes ;
8 sur 8 cas de lésions nodulaires graves de type broncho-pneumonique.

L'âge de l'enfant, l'intensité de la coqueluche et l'existence de complications n'ont aucune importance. Seule compte la forme de tuberculose au moment ou éclot la coqueluche.

Il a enfin noté que pendant la durée de la maladie, la cuti-réaction s'était négativée quinze fois sur 200 cas.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N[os] 99-100. — 10-13 DECEMBRE 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — JURY DU CONCOURS DE L'EXTERNAT 1941. — MM. les Drs Pollet, Perrault, Derot, Albot, médecins des hôpitaux ; Hepp, Mialaret, Rudler, Longuet, chirurgiens des hôpitaux ; Richier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Maison de Saint-Lazare. — UN CONCOURS pour l'admission à trois emplois d'interne titulaire en médecine à la Maison de Saint-Lazare et pour la désignation de dix internes provisoires aura lieu, le lundi 19 janvier 1942, à la Préfecture de Police.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de Police (personnel). Il sera clos le samedi 20 décembre 1941, à 16 heures.

Hôpital d'Evreux. — Un concours sur titres est ouvert pour un poste d'interne en chirurgie à l'hôpital d'Evreux.

Le titulaire de ce poste jouit des avantages suivants : indemnité mensuelle : 600 francs ; avantages en nature : logement, nourriture, chauffage, blanchissage. Les candidats doivent être titulaires de seize inscriptions au moins ; les demandes doivent être adressées avec titres et références, avant le 25 décembre 1941, au directeur de l'hôpital d'Evreux (Eure).

Faculté de Médecine de Lille. — Par arrêté, en date du 1er décembre 1941 :

M. Dubois, doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille, admis à la retraite, est nommé doyen honoraire de ladite Faculté.

MM. Vallée et Carrière, professeurs de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille, admis à la retraite, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

Faculté de Médecine de Montpellier. — Par arrêté, en date du 1er décembre 1941, la démission de M. Euzière, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier, est acceptée à compter du 1er décembre 1941.

Par arrêté, en date du 1er décembre 1941, M. Giraud, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, à compter du 1er décembre 1941 et pour une période de trois ans, doyen de cette Faculté.

(*J. O.*, 1er-2 décembre 1941.)

Ecole de Médecine d'Amiens. — M. le Dr Girard est chargé, pour 1940-1941, du service de la chaire de clinique médicale (Dr Merle congé santé) ; M. le Dr Hautefeuille, prof. de pathologie interne, est chargé, pour 1941-1942, du service de la chaire de clinique médicale.

Ecole de Médecine d'Angers. — M. Bigot (clinique médicale) est prorogé pour un an ; M. Germain (histoire naturelle) est prorogé pour un an.

Ecole de Médecine de Caen. — Sont renouvelés pour 1941-1942 les cours de MM. Blanc, physique ; Chauvenet, chimie ; Audigé, histoire naturelle ; Em. Danjou, pharmacie et matière médicale ; Lebailly, bactériologie ; Pierre Danjou, toxicologie ; Guibé, zoologie, cryptogamie ; Bonnet, anatomie (sages-femmes) ;

Costy, physique et chimie ; Pierre Danjou, pharmacie ; Meyrenneuf, anatomie ; Desbouis, physiologie ; Feutry, physique et chimie ; Lebailly, bactériologie ; Meslin, botanique, histoire naturelle.

Ecole de Médecine de Dijon. — M. Arviset, professeur suppléant d'anatomie et physiologie, est prorogé pour un an. Sont renouvelés pour 1941-1942, les cours de MM. Denis, parasitologie ; Bizot, pharmacie et matière médicale ; Vuillaume, chimie.

Ecole de Médecine de Grenoble. — Sont renouvelés pour 1941-1942, les cours de MM. Latreille, prof. clinique chirurgicale infantile ; Roget, clinique infantile médicale ; Carraz, parasitologie ; Massot, chimie médicale ; Contamin, anatomie ; Flandrin, méd. chef hôpitaux, histologie ; Perrin, physiologie et bactériologie.

Ecole de Médecine de Limoges. — M. Marchand, dir. ret., est nommé directeur honoraire ; M. Carraz, histoire naturelle, est nommé professeur titulaire d'histoire naturelle ; M. Abonnenc, physique et chimie est nommé professeur titulaire de physique.

Ecole de Médecine de Poitiers. — Le titre de professeur honoraire est conféré au Dr Latronche, prof. clinique obstétricale et gynécologique, ret. Sont renouvelés pour 1941-1942, les cours de MM. Borrell, anatomie et histologie ; Bregeon, anatomie pathologique ; Luce, physique ; Bodroux, chimie biologique ; Chatenet, chimie ; Fumeau, bactériologie et parasitologie ; Lafond, chimie ; Duchaigne, histoire naturelle (M. Michon, pris.) ; Guillaud-Vallée, anatomie et physiologie.

Ecole de Médecine de Rouen. — Le Dr Guerbet est chargé pour 1941-1942 du service de la chaire de bactériologie ; Mme Duval est chargée pour 1941-1942 du cours de physique médicale.

Muséum National d'Histoire Naturelle. — M. le Professeur André Tournade est nommé, à dater du 1er décembre 1941, professeur titulaire de la chaire de physiologie générale du Muséum.

M. Charles Sannié, agrégé, est nommé, à dater du 1er décembre 1941, professeur titulaire de la chaire de chimie des corps organisés du Muséum.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Service Social. — Un décret, en date du 12 novembre 1941, institue un diplôme d'Etat d'Assistant (ou d'Assistante) médico-social et un Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières ou d'infirmiers hospitaliers, d'assistants ou d'assistantes et de monitrices médico-sociaux.

Un autre décret, en date du 12 novembre 1941, institue une Commission permanente de Coordination des Conseils de perfectionnement des écoles de service social.

(*J. O.*, 3 décembre 1941.)

Hôpitaux et hospices. — Un décret, en date du 13 novembre 1941, nomme les membres de la Commission prévue à l'article 31 du décret-loi du 28 juillet 1939 sur les hôpitaux et hospices.

(*J. O.*, 3 décembre 1941.)

Directeur régional. — M. le Dr Schmutz, inspecteur de la santé du Rhône est nommé directeur régional de la santé et de l'assistance en résidence à Montpellier, en remplacement de M. le Dr Grenoilleau appelé à d'autres fonctions.

(*J. O.*, 3 décembre 1941.)

Une fondation française pour l'étude des problèmes humains. — La loi du 17 novembre 1941 crée une Fondation française pour l'étude des problèmes humains. Le Dr Alexis Carrel est désigné pour remplir les fonctions de régent de la fondation.

Décret relevant certains médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens de l'interdiction d'exercer en France. — Le *Journal Officiel* du 29 décembre 1941 publie un décret relevant une centaine de médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens de l'interdiction d'exercer la médecine en France, prononcée par l'article premier de la loi du 16 août 1940.

Médaille d'honneur du Service de Santé. — *Médaille d'argent.* — Dr Joly (François), médecin-lieutenant de réserve de la région de Paris.

UNE CONFERENCE DU PROFESSEUR FISCHER

Le vendredi 5 décembre a eu lieu à la Maison de la Chimie la conférence de M. Hugen Fischer sur la *Conception de la race et la législation raciale.* Le savant directeur de l'Institut d'anthropologie de Berlin a exposé pourquoi la conception raciale était la base du national-socialisme. Il démontre que la race est le résultat de caractères biologiques héréditaires portant autant sur les caractères mentaux et psychiques que sur les caractères physiques.

Ces caractères raciaux sont le résultat de mutations qui, très lentement, se sont fixées et sont devenues héréditaires.

La race ne crée pas la nation. Une nation est formée de caractères qui ne se transmettent pas héréditairement.

Le conférencier démontre ensuite l'inégalité des races à la surface du globe et la supériorité de la race nordique et des races européennes.

L'Allemagne nationale-socialiste est le premier pays qui ait institué une politique raciale, tendant à maintenir la pureté de la race en évitant les métissages. De là, les lois contres les Juifs, la loi de stérilisation empêchant la reproduction des anormaux, les échanges de populations pour ramener les Allemands dans leur patrie, enfin, les lois qui visent à favoriser l'augmentation de la natalité.

Cours

Cours libre d'anthropo-biologie, par M. le Dr René Martial, chargé de cours à l'Institut d'Hygiène.

Ce cours a commencé le vendredi 5 décembre et continuera les lundis et vendredis suivants, à 18 heures, salle de thèses, n° 2. Il est ouvert aux étudiants et aux chercheurs de toutes les disciplines.

Parasitologie et Histoire naturelle médicale. — M. le Professeur E. Brumpt commencera son cours le mardi 6 janvier 1942, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

A nos lecteurs

Conformément aux décisions que viennent de prendre nos groupements corporatifs, les prix d'abonnement et de vente au numéro sont modifiés ainsi qu'il suit, à partir du 1er janvier 1942.

Abonnements :

France : un an, 75 francs ; étudiants, 40 francs.
Etranger : 1re zone, 110 francs ; 2e zone, 125 francs.

Vente au numéro :

Prix de deux numéros groupés, 1 fr. 50.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
AMINO-VIT "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*3 Vitamines essentielles : B_1, C, D* *+ 3 Acides aminés indispensables : tryptophane, histidine, lysine* Comprimés agréables à croquer Nourrissons, enfants, adultes	Alimentation insuffisante ou mal réglée Asthénie, convalescences Etats de carence, etc.
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
ÉPHYNAL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Vitamine E synthétique* Comp. : 1/2 (chez le nouveau-né) Grossesse norm. : 1 à 2 p. j. Menace d'avortement : 5, 10 ou 20 p. j.	Avortement habituel Stérilité
LUSOFORME Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Solution de formaldéhyde et de ricinoléates alcalins*	Gynécologie - Obstétrique Antisepsie - Désodorisation
ŒSTROBROL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Sédobrol folliculiné* Tablettes : 1 à 2 p. j. dissoutes dans une tasse d'eau très chaude	Tous les troubles du cycle ovarien

LA VITAMINOTHÉRAPIE EN OPHTALMOLOGIE

UNE NOUVELLE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES SCLÉRO-CHOROÏDITES MYOPIQUES

Par MM. le Professeur agrégé J. Lhermitte
et Jean di Chiara

Le rôle des vitamines en ophtalmologie a déjà fait l'objet de nombreux travaux, surtout étrangers. Nous ne voulons pas insister ici sur la confirmation de thérapeutiques déjà certaines ou encore à l'étude chez nombre d'auteurs, et que nous avons été à même d'essayer chez certains de nos malades :

Administration : soit locale (pommades ophtalmiques) ; soit générale (*per os* ou par voie exentérale) des :

Vitamines A, pour le traitement des :

1° Lésions trophiques cornéennes, infectieuses ou traumatiques, récentes ou anciennes (kératites phlycténulaires, kératites superficielles, taies de cornées) ;

2° Blépharo-conjonctivites par avitaminose A (lésions de carence graisseuse fréquemment vues depuis les restrictions alimentaires) ;

3° Essais d'amélioration de l'acuité nocturne (travaux du service de santé de la marine militaire) ;

4° Essais de traitement de l'héméralopie (Feeldman, Vaillant et Gillis).

Vitamine C, dont l'action sur la cataracte sénile ou diabétique et sur les maladies du vitré nous a paru peu encourageante (Bellows et Rosner) (Villard et Viallefond).

Vitamine B_2 (Lactoflavine) qui semble donner des résultats intéressants dans les cataractes congénitales et dans certaines cataractes endocriniennes du jeune, associées à un syndrome hypophysogénital.

Ces résultats intéressants mais inconstants feront l'objet d'un travail ultérieur.

Nous voulons ici, avec la vitamine B_1, apporter des résultats remarquables par *leur constance, la nouveauté du mode d'administration* et l'intérêt qu'ils soulèvent dans la physiopathologie de lésions oculaires encore obscures ou discutées.

L'action anti-polynévritique de la vitamine B_1 (aneurine) à partir de l'avitaminose expérimentale a été étendue à diverses thérapeutiques en neuro-pathologie.

Nous avions été à même de l'utiliser avec succès, par voie exentérale, dans certaines névrites optiques (névrites toxiques, rétro-bulbaires chroniques) (maladie de Leber). Son rôle général, et quasi universel dans l'organisme, dans tous les phénomènes d'oxydation cellulaire, de décarboxylation (Peters, Hasegawa, Ishü, Carlström) dans le métabolisme glucidique (Randoin et Simonnet) l'élimination azotée, son action antitoxique et hypo-glycémiante (Mosonyi, Aszodi), nous a conduit à l'essayer, après d'autres auteurs, dans des troubles métaboliques oculaires dont la pathogénie demeure encore imprécise (cataracte sénile, cataracte pathologique des diabétiques, des athéromateux, et à en tenter l'emploi dans tous les accidents qui semblent relever de perturbations du métabolisme oculaire en général et de la nutrition choroïdienne (et donc cristallinienne) en particulier. C'est ainsi que nous fûmes conduits à ces résultats que nous rapportons aujourd'hui.

L'action de la Vitamine B_1 paraît élective dans les cataractes pathologiques myopiques, complications extra-chirurgicales des myopies dites graves, avec lésions chorio-rétiniennes, et terminales, tant pour la valeur de l'œil atteint que pour l'étude de l'extension des lésions choroïdiennes sous-jacentes et causales.

Sur ces premiers succès empiriques, nous avons été amenés à étendre nos essais, sur les lésions en apparence moins évoluées, n'altérant pas encore la nutrition du cristallin et relevant de troubles choroïdiens probablement primitifs, c'est-à-dire sur les myopies avec choroïdites (« Choroïdose? ») où l'action de la Vitamine B_1 nous a donné des résultats aussi encourageants ; que cette choroïdite, scléro-choroïdite ou choroïdose atrophique soit seulement associée à une myopie axile, ou qu'elle soit primitive et myopigène, qu'elle soit ou non totalement responsable de ces accidents secondaires dans le métabolisme anormal de l'œil myope (rapport de la myopie avec le glaucome, avec les floculations du vitré, les décollements rétiniens, la cataracte), nous abandonnons ici la discussion aux remarquables travaux du Dr Mawass (Société d'Ophtalmologie) et n'avons pas à prendre position sur les problèmes nosologiques des myopies, ni la physio-pathologie de ces choroïdites. *Il ne s'agit pas, ici, de faire entrer leur problème dans le cadre des avitaminoses*, mais de constater sur des succès thérapeutiques constants, que l'activité bio-chimique de la Vitamine B_1, vitamine « hypermétabolique » apporte des lueurs nouvelles dans la physio-pathologie de l'œil myope.

Nous ne voulons que rapporter à l'appui de constatations cliniques et ophtalmoscopiques, l'action sur ces lésions de la *Vitamine B_1* dont le mode d'administration dans nos observations, réalise, nous le pensons, une nouveauté. Dans toutes ces observations, le traitement a été réalisé *par injections sous-conjonctivales.*

Nous reviendrons sur les détails de cette technique appliquée à la *Vitamine B_1*.

Tous nos malades présentaient des myopies généralement fortes, *avec lésions du fundus*, sans lésions générales cardio-vasculaires ni métaboliques associées (diabète, azotémie) ; pour des lésions oculaires comparables les résultats ne paraissent pas influencés par l'âge du sujet traité.

Observ. I. — Mme G..., 54 ans.
O D = O.
Cataracte totale. Décollement rétinien sous-jacent datant de plusieurs années.
O G : Myopie forte.
Scléro-choroïdite postérieure étendue.
Légère opacification marginale à 5 heures.
L'examen du Dr D..., pratiqué le 11-12-39, révèle : V = 2/50e-18.
A reçu plusieurs séries de cyanure intraveineuses sans succès, la dernière en décembre 39.
Début du traitement : *11-12-40*.
O G = 1/40e-11 (correction actuelle).
23 janvier : F O (—16).
Opacification inchangée. Après homatropine, lésion maculaire plus limitée, bordure pigmentaire à un petit foyer hémorragique sous-papillaire (image directe).
V = 1/20e—11.
22-1-41 : 13e injection de B_1, 1/10e — 11.
23-2-41 : 2/10e—11 (20e injection).
Opacification et lésions du fundus inchangées.
Revue sans rétrocession le 6 juin 1941.

Observ. II. — Mme H..., 53 ans.
Myopie légère bilatérale de 3 bioptries — lésions bilatérales de scléro-choroïdite postérieure, croissant. Rétine normale, lésions pigmentaires choroïdiennes. Ne porte pas de correction actuellement — opacification bilatérale corticale.
O D G = 1/10e S. V., non améliorable.
O G est traité seul — son opacification cristallinienne apparaissant plus limitée, en rayon de roue à cinq, et onze heures — (12-12-40).
10-1-41 : 10e injection.
O G : 3/10 e S V. — Opacification peu modifiée.
12-2-41 : 20e injection B_1.
O G : 3/10e S. V. Opacification très modifiée et diminuée de densité.
O D (non traité) : 1/20e S. V.

Observ. III. — Mme B..., 71 ans.
O D = PL (cataracte totale, myopie ancienne supérieure à 12 dioptries au dire de la malade).
O G = cataracte nucléaire, peu étendue.
2/10e—10 (correction actuelle).
F O = staphylome péri-papillaire.
Début traitement — O G = (6-6-41).
8-7-41 : 10e injection = 3/10 — 10.
12-8-41 : 18e injection — 4/10e — 10.
O D = PL meilleure. Action contro-latérale ?

Observ. IV. — M. L..., 23 ans.
O G = Myopie de 16 dioptries. Décollement en 1937.
V = PL nasale.
O D = scotome central en juin 40.
Nystagmus prononcé — myopie de 18 dioptries.
V = 1/20e faible — 14 (correction actuelle + cylindre).

Plusieurs séries en 1937 et 38 de cyanure sous-conjonctival ont été faites à l'Hôtel-Dieu sans succès. Baisse de la vision progressive depuis 37.

F O = Choroïdite maculaire losangique, pourtour hémorragique avec un petit foyer hémorragique sous-jacent, rétine pâle, anomalies vasculaires (ectasie), lésions pigmentaires diffuses et périphériques.

Décembre 40 : 10e injection.

O D = 2/10e faible, avec — 15 (0 — 1,50).

F O (image directe — lésion nette sans bordure hémorragique — le foyer sous-jacent a disparu, la rétine est plus colorée).

15-1-41 : 2/10e net avec — 14.

A reçu sans modifications deux séries de 20 injections (septembre 1941).

Observ. V. — Mme M..., 60 ans.

O D = Myopie de 10 dioptries (correction ancienne).

V = PL faible.

Décollement depuis 12 ans.

O G = PL nasale inférieur.

Œil mou.

F O = large décollement temporal — milieu peu transparent.

A reçu, en octobre 40, plusieurs séries de cyanure intraveineux. Localement, a été traitée par iodure de potassium, pommade mercurielle.

Traitement le 27-11-40.

2-12-40 : 4e injection — acuité inchangée.

18-12-40 : 9e injection — compte à 50 centimètres — œil tonique.

F O = milieu plus clair.

13-1-41 : Compte à 10 centimètres — tension oculaire a baissé.

21-2-41 : Amélioration subjective considérable — compte à 50 centimètres. — Amélioration objective : œil tonique — milieux beaucoup plus clairs.

3 séries successives sans amélioration — jusqu'en septembre 1941.

Observ. VI. — Mme B..., 26 ans.

O D = myopie forte — non corrigée de 10 dioptries (horizontale à la skiascopie — Javal = ± 1,50).

F O = scléro-choroïdite postérieure discrète, petit conus

V = 1/20e sans verre.

3/10e avec — 6 (0 — 2) *non améliorable.*

O G = 9/10e avec (0 — 0,25).

Correction binoculaire non supportée.

Traitement O. G. février 1941.

Mars 41 : 18e injection.

O G = 6/10e avec — 6 (0 — 2).

Correction binoculaire possible.

Observ. VII. — Mme P..., 26 ans.

Myopie bilatérale de 8 dioptries non corrigée.

O D = 1/20e sans verre — 4/10 — 4 — *non améliorable.*

O G = 1/20e id. — 4/10 — 4 — id.

Pas d'astigmatisme au Javal.

F O = scléro-choroïdite bilatérale discrète.

Vaisseaux grêles (artères). Veines volumineuses.

Traitement alterné — O D — O G.

De février 41 à juin 41 = 20 injections.

O D G = 6/10e — 3,50 (prescrit).

Ces observations représentent les deux tiers des malades actuellement traités ; dans le tiers restant, les résultats, non encore stabilisés avec un suffisant recul, ont été, sauf un seul, tous satisfaisants.

La Technique. — Nous utilisons la technique habituelle des injections sous-conjonctivales dans le cadran supéro-externe de la conjonctive bulbaire. Nous avons employé la solution d'aneurine cristallisée à deux milligrammes pour un centimètre cube.

La dose moyenne par injection, en débutant par 1/10e de centimètre cube, est sans inconvénient de 3/10e à un demi-centimètre cube.

La dose totale (vingt injections en moyenne par série, à raison de 2 à 3 par semaine) de 20 milligrammes.

Accidents. — Nous n'en avons constaté aucun.

Ni douleur : l'injection, après anesthésie soigneuse à la Butélline (1 %, 2 instillations à dix minutes d'intervalle) est *indolore.*

Ni congestion : aucune réaction d'intolérance conjonctivale.

Ni troubles tensionnels : la tension oculaire vérifiée avec l'appareil de Baillard, après chaque injection et durant chaque série n'en a montré aucune modification importante.

COURS INAUGURAL
DE LA
CHAIRE DE "CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE" DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE (1)

Professeur Maurice Loeper

La chaire de Clinique Médicale de Saint-Antoine est devenue la « Clinique Thérapeutique Médicale ». Elle doit montrer combien l'alliance doit être étroite entre la séméiologie et la thérapeutique.

La thérapeutique clinique est en effet vivante, changeante, multiple, alors que la thérapeutique didactique est froide et schématique. Elle prend son activité et sa vie de la richesse même des cas qui lui sont soumis.

Les tendances auxquelles obéissent les thérapeutes sont variables. Les uns préfèrent les indications de l'expérimentation physiologique et animale ; les autres se livrent à un dilettantisme séduisant mais dangereux ; d'autres se complaisent à une conception biologique ou à une conception chimique. Il est désirable de combiner si possible ces différentes tendances qui s'additionnent plus qu'elles ne s'annihilent.

La chaire de Clinique Thérapeutique Médicale a été fondée en 1906 pour Albert Robin par un mécène, le duc de Loubat. Robin était un clinicien chimique et peut-être un peu polypharmaque. Vaquez, qui lui a succédé, avait une conception physiologique ; Rathery, à son tour, y apporta un esprit biologique ; après lui, Harvier eut une orientation plus franchement clinique et séméiologique.

Je ne cacherai pas que les actions pharmacodynamiques et chimiques ont pour moi un grand attrait et j'ai souvent proclamé que la plupart des symptômes avaient une origine chimique et que tout symptôme d'origine chimique exigeait un médicament spécifique.

Mais il existe une symétrie parfaite entre l'agent nocif qui cause la maladie et le médicament qui en effectue la guérison. L'action pharmacodynamique d'un agent thérapeutique est solidaire de sa constitution chimique, elle peut varier d'une façon extrêmement marquée avec des modifications très faibles de la molécule. Elle se traduit par des réactions connues dont l'étude est un peu comme la clinique expérimentale du médicament. L'homme de laboratoire le sait bien, il peut prévoir l'action du médicament qu'il a étudié sur l'animal ; il en sait les antagonismes, les synergies. Mais la pharmacologie devient de plus en plus savante et s'éloigne parfois trop de la clinique. Elle oublie ou elle ne peut connaître le grand nombre de facteurs et de modalités médicamenteuses chez l'homme. La façon d'introduire le médicament, la quantité (excitation à petites doses, inhibition à grandes doses ou inversement), le solvant (résorption plus ou moins rapide), la voie d'élimination (poumons, reins), les associations (synergie, antagonisme), les phénomènes de détoxication (soufre), toutes conditions qui vont influer sur les effets thérapeutiques, bien plus chez l'homme malade que chez l'animal d'expérience.

J'ajoute que la maladie n'est jamais locale, qu'elle éclabousse plus ou moins tout l'organisme ; que l'agent thérapeutique n'a pas, lui non plus, une action limitée exclusive, et éclabousse toute l'économie. Et l'homme n'est pas un animal ordinaire, il est chargé de tares multiples, son hérédité est lourde, son psychisme a son influence. C'est chez l'homme que l'on trouve le plus facilement les résistances et les hypersensibilités. Bref, la différence entre l'homme et l'animal est telle qu la maladie humaine n'est jamais la reproduction de la maladie expérimentale. Et la connaissance de tous ces facteurs si importants pour nous ne peut venir du laboratoire mais seulement de la clinique.

La conclusion est que l'homme de laboratoire ne peut à lui seul fixer des indications thérapeutiques et que seul

(1) *13 novembre 1941.*

le clinicien les peut définir. Or cette étude clinique du médicament chez l'homme est bien rarement faite sérieusement, méthodiquement, et elle se fait sous le manteau anonyme, inavouée et inefficace.

Nous possédons deux ordres de médicaments : les anciens que nous n'avons plus guère à étudier et les nouveaux qui se multiplient chaque jour et parmi lesquels il faut citer au premier plan les spécialités pharmaceutiques. Celles-ci sont nombreuses, plus de 100.000. Leur composition nous est à peu près connue, mais les indications sont données par la Maison qui les fabrique et c'est insuffisant. Ils sont contrôlés par le Laboratoire Central des Médicaments qui n'en apprécie que la composition mais n'en fixe pas l'orientation, ne juge même pas l'étrangeté parfois de leur composition. L'action thérapeutique sur l'homme n'est presque jamais vérifiée et elle doit l'être.

Je souhaite que des Services soient officiellement désignés pour étudier les spécialités dont les plus importantes ne pourraient être livrées au public qu'après opinion médicale. Je souhaite qu'on les mette à l'étude officiellement par une organisation bien établie dont les cliniciens ne seront plus exclus. La Clinique Thérapeutique Médicale est évidemment toute indiquée pour cette étude mais elle ne doit point être la seule : d'autres services, d'autres médecins devront être interrogés à Paris ou ailleurs et même des praticiens de clientèles particulières au mérite reconnu. L'avenir doit être nettement différent de notre passé vermoulu. Il doit donner au médecin et au malade les garanties qu'ils demandent et qui sont jusqu'ici nettement insuffisantes.

(Résumé par le Dr Paulin.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance annuelle tenue le 9 décembre 1941

Présidence de M. Sergent, président.

Rapport général sur les prix décernés en 1941, par M. Georges Brouardel, secrétaire annuel.

Discours de M. Achard, secrétaire général, sur le *Progrès en médecine et l'organisation du travail scientifique.*

Le discours de M. Achard répond aux plus pressantes préoccupations de l'heure présente. Avec une haute élévation de pensée, il définit d'abord son sujet :

« Le progrès, en matière de science, et le progrès en médecine que j'aurai, ici, particulièrement en vue, consiste en des découvertes et des applications de ces découvertes. Il ne s'acquiert que par le travail. Organiser le progrès, ou moins ambitieusement organiser les conditions propres à faire naître découvertes et applications, cela revient donc à organiser le travail... »

Après avoir montré qu'il est parfois malaisé de distinguer l'invention de la découverte et de séparer l'application pratique de la découverte théorique, M. Achard déclare que la « découverte ne se fait pas sur commande » ; plus loin, il ajoute : « La découverte exige de la patience, c'est-à-dire du temps... c'est parfois le travail d'un autre savant et portant sur un autre point de la science qui vient illuminer soudain la pensée qui hésitait dans l'ombre des observations incomplètes et insuffisamment articulées... ». A ce propos, M. Achard rappelle les conséquences de la communication de Davaine sur le charbon. Il ajoute que « sans les travaux de Pasteur sur les fermentations microbiennes, qui ont fécondé les observations de Davaine, la découverte du premier microbe pathogène pour l'homme fut restée peut-être longtemps encore dans les limbes... ».

Après de nombreux exemples puisés dans l'histoire de la médecine internationale, l'orateur étudie la formation des travailleurs. « Leur recrutement n'est pas toujours aisé en ce qui concerne, non le travail manuel du laboratoire et l'exécution des techniques, mais la recherche. Pour le chercheur une qualité est indispensable : la curiosité scientifique ; une autre est bien nécessaire : le sens critique... ».

M. Achard étudie alors les organismes qui ont la charge de former les travailleurs, les Facultés et les Ecoles. Il voudrait voir diminuer le nombre des chaires magistrales, il signale l'économie qui pourrait résulter de la réduction des chaires qui, à la Sorbonne, à la Faculté, au Collège de France, au Muséum, font souvent double emploi. Le regroupement des laboratoires s'impose pour la même raison, surtout à une époque où il faut faire tant d'économies.

Les relations intellectuelles entre les peuples sont une chose désirable ; elles doivent permettre le travail en commun. Les relations peuvent s'établir par les échanges de professeurs, par les congrès, par les publications faites par les travailleurs de diverses nations. Et M. Achard trace un rapide exposé de l'avenir qui paraît réservé aux publications médicales.

Poursuivant son exposé sur un plan plus élevé, l'orateur dit en terminant :

« En somme, pour les relations scientifiques entre les nations, l'esprit de communauté internationale devrait se substituer à l'esprit de communauté nationale ou, du moins, le dominer. Les chercheurs, qui sont si nécessaires à la pratique de la médecine puisque c'est la science désintéressée qui nourrit cette pratique, auraient l'impression qu'ils ne sont pas isolés ; une sorte d'esprit de corps se développerait en eux dans les divers pays. Dans ces relations bien organisées où rivalité se dit émulation, où conquête signifie du bien acquis pour tous, se confronteraient les résultats et se rapprocheraient les idées inspiratrices des actes. Ce serait un puissant moyen d'union entre les peuples et leurs élites spirituelles... »

PRIX DECERNES EN 1941

Prix du Prince Albert Ier de Monaco. — M. le Prof. Ambard.

Prix de l'Académie. — MM. les Drs Jeannency et Castanet.

Prix Alvarenga de Piauhy. — Mme le Dr Lucienne Vannier (sœur Marie-Claire de la Providence).

Prix Apostoli. — M. le Dr André Djourno.

Prix Argut. — M. le Dr J. Lacorne.

Prix Audiffred. — L'Académie accorde les arrérages de ce prix à Mme le Dr Spriet-Longeaux et à MM. les Drs Gernez, Duret, Peltier.

Prix Barbier. — M. le Dr Jean-Marie Inbona.

Les arrérages du Prix Berraute. — M. le Dr Carlos Botelho.

Prix Boggio. — M. le Prof. Saenz.

Prix Bouchet-Renault. — Mme Limanovska et Mlle Amichaud.

Prix Bourceret. — M. le Dr Bargeton.

Prix Buignet. — M. le Dr Louis Gougerot.

Prix Cailleret. — M. le Dr Warembourg.

Prix Capuron. — M. le Dr H. Gaehlinger.

Prix Chevillon. — M. le Dr Logeais.

Prix Clarens. — M. le Dr Rodolfo Talice et une mention très honorable à M. le Dr Lacroix.

Prix Combe. — M. le Dr Livory.

Prix Demarle. — M. le Dr Jean Cheymol.

Prix Desnos. — M. le Dr Bour.

Prix Desportes. — Mlle G. Cochet et M. le Dr Paul Baufle.

Prix du Dr Dragovitch. — MM. les Drs Jean Cottet et Claisse.

Prix de Mme Dragovitch. — MM. les Drs Mignot et Feuillet.

Prix Dreyfous. — M. le Dr Michel Conté.

Prix Fournier. — L'Académie partage le prix entre MM. les Drs Aldou, Guy Hausser et Heim de Balsac.

Prix Godard. — M. le Dr Jean-Marie Verne.

Prix Gueretin. — M. le Dr Mozziconacci.

Prix Guillaumet. — M. le Dr Bohn.

Les arrérages du Prix Guzman. — M. le Dr A. Netter.

Prix Catherine Hadot. — M. le Dr Henri Lacaze.

Prix Helme. — M. le Dr Paul Boulanger.

Prix Herpin (de Genève). — M. le Dr de Font-Réaulx.

Prix Huchard. — Mlle le Dr Marie Buisson et Mmes Simone Ribierre et Nicot.

Prix Hugo. — M. le Dr Barraud et une mention honorable à M. le Dr Torkamian.

Cinq parts de 10.000 francs de la Fondation Jansen, à MM. les Drs Quinquaud, Chauchard, René Moricard, André Thomas et Daniel Bargeton.

Prix Labbé. — M. le Dr Morel-Fatio.

Prix Laborie. — M. le Dr Boudreaux.

Prix Larrey. — M. Moine.

Prix Laval. — M. Pierre Lacroix.

Prix Lefèvre. — M. le Dr Ch. Durand.

Prix Le Piez. — MM. les Drs M. Roux, Cochemé et Mme le Dr Rossier-Virz.

Prix Leveau. — M. le Dr Jean Parrot.

Prix Lorquet. — M. le Dr H. Duchêne.

Prix Marmottan. — L'Académie accorde les arrérages de ce prix à M. le Dr Doubrow.

Prix de Martignoni. — MM. les Drs Raoul Mercier et Pierre Vendryes.

Prix A.-J. Martin. — M. le Dr Julien et une mention honorable à M. le Dr Dupuy.

Prix Mège. — M. le Dr Pierre Feyel.

Prix Monbinne. — MM. les Drs Lavier et Salvador Mazza.

Prix Nativelle. — M. le Dr de Berredo-Carneiro.

Prix Pannetier. — M. le Dr Jean Tarneaud.

Prix Berthe Péan. — M. le Dr Paul Boquet.
Prix Pourat. — M. le Dr Strumza.
Prix Rebouleau. — M. le Dr André Cornet.
Prix Redard. — M. le Dr Bergeron.
Prix Reynal. — M. le Dr Lesure.
Prix Ricaux (*diabète*). — M. le Dr Roger Deuil et Mme le Docteur Lamotte-Barillon.
Prix Ricaux (*tuberculose*). — M. le Dr Jean Bretey.
Prix Robin. — M. le Dr M.-F. Binet.
Prix Roussilhe (*dermatologie*). — M. le Dr Degos.
Prix Roussilhe (*vénérologie*). — M. le Dr Petges.
Prix Sée. — M. le Dr Paul Boulanger.
Prix Tarnier. — M. le Dr Raoul Palmer.
Prix Vernois. — M. Marc Fouassier.

Récompenses pour le service de l'hygiène et des maladies contagieuses 1941

1° *Rappel de médaille d'or* : M. Mans.
2° *Médailles d'argent* : MM. Gounelle, Coulon, Vidy, Viette.
3° *Médailles de bronze* : Mlle Gauthier-Villars, MM. Lecerf et Lelong.

Service de l'hygiène de l'enfance 1941

1° *Médailles d'or* : MM. Huber, Rauzy.
2° *Rappel de médailles de vermeil* : MM. Balard, Bezy, Deprun, Lelièvre, Rouèche.
3° *Médailles de vermeil* : MM. Gagnerie, Poudou, Maillet ; Sœur Imalda du Saint-Sacrement.
4° *Rappel de médailles d'argent* : MM. Laveau, Merle, Pontet ; Sœur Regereau ; Mmes Pierre, Le Béchec ; Mlles Fristch, Callix.
5° *Médailles d'argent* : MM. Boulanger, Pilet, Bornet, Boutron, Colesson, Courcoux, Janet, Lamaze, Michelon, Pignot, Pinaud, Poindron, Raoul-Duval, Saint-Paul, Susini, Tabutin ; Sœur Isabelle du Saint-Sacrement ; Mmes Bernard, Trenit ; Mlles Achard, Briandet, Roux.
6° *Médailles de bronze* : MM. Berger, Breschet, Lamotte, Mizzi, Petit, Rivoire ; Sœur Joséphine-Louise ; Mmes Bodin, Butet, Durand, Fercoq, Gombeau, Gretzinger, Lagac, Saint-Père, Servaes, Vanel, Vergnolle ; Mlles Arnaud, Ascoet, Dizier, Ducos, Fauverge, Nazon, Pierrot.

Service des eaux minérales 1941

1° *Médailles d'or* : Assistance Publique de Paris pour le Centre d'Hydro-Climatologie Social des Hôpitaux de Paris ; MM. Serr, Puech, Roque, Vauthey, Bertier.
2° *Médailles de vermeil* : Mme Magnier de la Source ; MM. Barraud, Boucomont, Dubois, Perpère, Porge.
3° *Médailles d'argent* : MM. Bergouignan, Claude, Douady, Estradère, Gay, Kermorgant, Louvel, Ménard, Richard, Vexenat.
4° *Médailles de bronze*. — MM. Baumgartner, Cottet, Lambling, Larrouy, Langénieux, Marcotte, Roubeau.

Service de la vaccine 1941

I. — *Vaccination antivariolique*. — L'Académie accorde, pour le Service de la Vaccination antivariolique en 1940 :
1° *Médaille de vermeil* : M. Sérès.
2° *Médailles d'argent* : MM. les Drs Dufour, Giraud ; Mme le Dr Chambaud, née Lafond.
3° *Rappels de médailles de bronze* : M. le Dr Berret, M. Plazanet.
4° *Médailles de bronze* : MM. les Drs Fébrier, Gaujoux, Gaimard, Martin, Ponthieu, Sauze, Scotti, Woltz ; Mlles les Drs Blanc, Melik Ogandjanoff, Mme Mufraggi-Bonafé ; Mlles Lassere, Moret ; MM. Carrara, Fiastre, Hautin, Saurin.

II. — *Vaccination antidiphtérique*. — L'Académie accorde pour le Service de la Vaccination antidiphtérique en 1940 :
1° *Médailles de vermeil* : MM. les Drs Albot, Basse, Mans, Petit ; Mmes Lagneau, Le Connetable ; MM. Lemetayer, Richou.
2° *Médailles d'argent* : MM. les Drs Cantin, Dumas, Harang, Léonard, Metzger ; Mlle Rogier ; MM. Gdaniec, Gidon, Lanoé.
3° *Médailles de bronze* : MM. les Drs Courmontagne, Porcher, Rossier-Wirz ; Mme le Dr Rossier-Wirz ; Mmes Gdaniec, Julien, Rondet, Thomas ; Mlle Perret ; MM. Foubert, Péry.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 3 décembre 1941

A propos du procès-verbal. — MM. Mondor et Cl. Olivier déposent une observation de tétanos post-abortum guéri.

Sur un cas de gangrène cutanée progressive de la paroi thoraco-abdominale consécutive à une appendicectomie pour appendicite gangréneuse. — M. Relier. — M. Ameline insiste sur la thérapeutique de cette affection ; tous les traitements classiques ont échoué et M. Relier n'a arrêté l'évolution de la lésion que par une large exérèse au bistouri électrique.

Hernies inguinales consécutives à l'appendicectomie. — M. Brette. — M. A. Mouchet rapporte ces deux observations.

Résultats du traitement chirurgical de 85 cas de cancer du col utérin. — M. P. Wilmoth rapporte les résultats de son expérience personnelle qui, sur 43 malades opérées, lui a permis d'en retrouver 21 vivantes après cinq ans. Ces résultats sont inférieurs à ceux obtenus par le radium, malgré la diminution de la mortalité post-opératoire. Dix récidives pelviennes ont, en effet, été observées.

M. Mocquot considère que l'action chirurgicale conserve une certaine place à côté du radium : lorsque l'application du radium ne peut être faite correctement (atresie vaginale), existence de lésions annexielles, épithelioma cylindriques du col qui sont radio-résistants. Deux cinquièmes des cancers du stade I ne sont pas guéris par le radium ; on attribue ces échecs aux envahissements ganglionnaires. M. Mocquot fait remarquer que d'autres facteurs jouent : l'âge des malades (les femmes âgées sont plus sensibles au radium), les caractères macroscopiques du cancer, et dans ces cas, la chirurgie conserve sans doute quelque indication.

M. R. Monod rappelle que dans un quart des cas l'examen histologique des pièces d'hystérectomie faite après irradiation montre la persistance des lésions cancéreuses.

M. Moulonguet estime que dans les formes au début la chirurgie donne autant de chances de guérison de la malade que le radium.

Sur la gastrectomie totale. — MM. F. d'Allaines et Jean Rachet ont fait trois gastrectomies totales pour cancer de l'estomac, cancer étendu aux faces de cet organe ; une mort, deux guérisons.

Au point de vue technique, M. d'Allaines conseille de commencer par libérer l'œsophage et de faire une bonne suspension du jéjunum au diaphragme ; il faut éviter toute traction sur l'œsophage qui est fragile. Il y a intérêt, d'autre part, à garder l'estomac au début comme tracteur pour commencer la suture.

Les résultats éloignés ne sont pas excellents : survie de un an à dix-huit mois. Mais les malades n'ont pas eu, durant ce laps de temps, les troubles graves inhérents à leur lésion.

Trois cas de gastrectomie totale. — M. L. Lortat-Jacob. — M. Petit-Dutaillis rapporte ce travail où les trois opérations furent suivies de trois succès opératoires. L'auteur recommande de ménager autour du cardia une collerette péritonéale qui servira à amarrer l'anse jéjunale et à la suspendre. Lortat-Jacob alimente le malade par une sonde descendant dans l'anse jéjunale.

Présentation de pièce. — M. Quénu présente un sarcome de l'estomac.

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

Séance du 28 octobre 1941

Documentation sanitaire. — M. H. Dally rappelle l'organisation du service des Fichiers ouvert dès 1927 par le Dr Pierre Astier.

Ce service ouvert aux médecins du monde entier comprend près de 3 millions de fiches, 100.000 dossiers de littérature médicale. Il a répondu à près de 500.000 questions. Il est complété par une bibliothèque comprenant 5.000 volumes, recevant 1.800 revues en échange avec le *Monde Médical*.

M. de Luna expose le fonctionnement du service bibliographique et de documentation du Dr Debat.

M. Paulin insiste sur la forme de « documentation pensée » qui est adoptée dans les services scientifiques des laboratoires Roussel.

Mme Gouin montre l'activité du Bureau d'Information et d'Orientation Sociales qui réunit, dépouille et tient à jour tous les renseignements qui concernent les différentes formes de l'activité sociale.

M. Dally en félicitant les grands laboratoires d'avoir organisé des centres de documentation bien remarquables, estime que cette richesse documentaire devrait être coordonnée par un organisme officiel tel que l'Ordre des Médecins, l'Académie de Médecine ou le secrétariat d'Etat à la Santé.

M. Dally fait alors voter le vœu suivant :

Le Comité sanitaire de la Région parisienne,

Reconnaissant la valeur de nombreux centres de documentation, généralement spécialisés, dus à des initiatives privées qu'on ne saurait trop féliciter de l'hospitalité qu'ils offrent aux chercheurs ;

Estime que ces organismes prendraient toute leur valeur s'ils étaient coordonnés dans un centre actif, qui mettrait en valeur les documents qu'ils contiennent en respectant scrupuleusement leur indépendance et leurs efforts si méritoires.

Ce centre devrait être autonome et placé sous le contrôle supérieur soit de l'Académie de Médecine, soit du secrétariat d'Etat à la Santé Publique, et être ouvert à tous ceux qui ont en charge la santé nationale, médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, auxiliaires médicaux, etc.

Séance du 18 novembre 1941

Documentation sanitaire. — M. Rouèche rappelle les réalisations dues soit à des organes officiels, soit à nos grands laboratoires. Il manque, dit-il, à ces réalisations un répertoire méthodique, dont Dejust a donné de 1925 à 1927, un bon modèle, d'ailleurs conçu par l'Union des Syndicats Médicaux. C'est au corps médical, organisé dans la corporation sanitaire, que devrait être confiée cette création.

Service vétérinaire sanitaire. — M. Veloppé expose le fonctionnement des services de contrôle vétérinaire et les services inestimables que rend l'inspection sanitaire vétérinaire qu'il s'agisse de l'hygiène alimentaire ou de la protection du cheptel national.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mardi 2 décembre 1941. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Delay, Patel, Soulié. — M. Libéral. Les hôpitaux de Quimper.

Mercredi 3 décembre 1941. — 1° Jury : MM. Mathieu, Debré, Bonnet, Cachera. — M. Rougier. Traitement des syndactylies congénitales par la greffe libre de peau totale. — Mlle Lau. Les immunisines extraites du sérum d'anciens rougeoleux et leur utilisation pour la prévention de la rougeole.

2° Jury : MM. Tanon, Leroux, Clovis Vincent, de Gennes. — M. Poujade. Aperçu sur le traitement actuel des méningites otogènes par les sulfamides. — M. Tavernier. Hépato-néphrites dues à l'intoxication par le tétrachlorure de carbone. — Mlle Coudot-Richard. La torsion des salpingites tuberculeuses.

Mercredi 10 décembre 1941. — Jury : MM. Lemierre, Mondor, Henri Bénard, Alajouanine. — Mlle Médioni. Réticulo-endothéliose aiguë monocytémique.

Jeudi 11 décembre 1941. — Jury : MM. Lenormand, Laignel-Lavastine, de Gaudart d'Allaines, Patel.

LOI DU 22 NOVEMBRE 1941
concernant l'exercice de la médecine

Nous, Maréchal de France, chef de l'Etat français,
Le Conseil des ministres entendu,
Décrétons :

Article premier. — Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien, en France, s'il n'est Français et né de père français.

Art. 2. — Par dérogation aux dispositions de l'article précédent, ceux qui ne sont pas nés d'un père français pourront, s'ils possèdent la nationalité française, exercer les professions susvisées, en France, lorqu'ils appartiendront à l'une des catégories suivantes :

1° Naturalisés pour services exceptionnels rendus à la France dans les conditions qui seront fixées par une loi ultérieure ;

2° Protégés et administrés français originaires de pays relevant du secrétariat d'Etat aux Colonies et du secrétairiat d'Etat aux Affaires Etrangères qui sont naturalisés Français ;

3° Militaires et marins ayant servi dans les armées françaises de terre, de mer ou de l'air, auxquels la qualité de combattant a été reconnue par application, soit du décret du 1er juillet 1930, soit du décret du 27 décembre 1940 ;

4° Ascendants, épouses ou veuves et descendants de militaires ou marins morts pour la France ou ayant servi dans les conditions définies au paragraphe 3°, sous réserve, en ce qui concerne les épouses et les veuves, que le mariage ait été contracté avant la date de la publication de la présente loi ;

5° Alsaciens et Lorrains réintégrés de plein droit dans la nationalité française à dater du 11 novembre 1918 lorsqu'ils descendent, en ligne paternelle s'il s'agit d'enfants légitimes, et en ligne maternelle s'il s'agit d'enfants naturels, d'un ascendant ayant perdu la nationalité française par application du traité franco-allemand du 10 mai 1871 ou lorsqu'ils sont nés en Alsace ou en Lorraine avant le 11 novembre 1918 de parents inconnus, ainsi que ceux qui auraient droit à cette réintégration s'ils n'avaient déjà acquis ou revendiqué la nationalité française antérieurement au 11 novembre 1918 ;

6° Enfants nés en France de parents inconnus ou de mère française et de père inconnu, à condition, toutefois, qu'ils n'aient pas été postérieurement reconnus ou légitimés par un père étranger.

Art. 3. — Ceux qui ne sont pas nés d'un père Français pourront, en outre, s'ils possèdent la nationalité française, être habilités, à titre exceptionnel, à exercer en France les professions susvisées, par arrêté du secrétaire d'Etat à la famille et à la santé, pris après avis d'une commission supérieure de contrôle dont la composition sera déterminée par décret.

Art. 4. — Les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens à qui aurait été interdit l'exercice de leur profession en exécution de la loi du 16 août 1940 pourront, le cas échéant, réclamer le bénéfices des dispositions de l'article 2 de la présente loi.

Art. 5. — Les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens étrangers, exerçant leur profession en France à la date du 19 août 1940, seront autorisés à continuer la pratique de leur art conformément aux conventions diplomatiques et dans les conditions prévues par les lois et règlements relatifs à l'exercice de ces professions.

Cette disposition ne s'applique qu'aux médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens étrangers qui ont présenté une demande de dérogation à la loi du 16 août 1940 avant le 7 juin 1941.

L'autorisation leur sera accordée par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, après avis de la commission supérieure de contrôle visée à l'article 3 de la présente loi.

Les étrangers non couverts par des dispositions conventionnelles pourront, à titre exceptionnel, obtenir l'autorisation précitée, dans les formes prévues à l'alinéa précédent.

Art. 6. — La loi du 16 août 1940 concernant l'exercice de la médecine est abrogée.

Art. 7. — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

Fait à Vichy, le 22 novembre 1941.

Ph. Pétain.

Par le Maréchal de France, chef de l'Etat français :

L'amiral de la flotte,
ministre secrétaire d'Etat aux affaires étrangères,
A[l] Darlan.

Le garde des sceaux,
ministre secrétaire d'Etat à la Justice,
Joseph Barthélemy.

Le secrétaire d'Etat aux Colonies,
A[l] Platon.

Le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé,
Serge Huard.

LOI DU 26 NOVEMBRE 1941
modifiant la loi du 7 octobre 1940
instituant l'Ordre des Médecins

Nous, Maréchal de France, chef de l'Etat Français,
Le Conseil des ministres entendu,
Décrétons :

Article premier. — L'article 18 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des Médecins est modifié comme suit :

« Un décret contresigné par le garde des sceaux, ministre secrétaire d'Etat à la Justice, et par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé fixera la date à laquelle le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins et les Conseils départementaux seront dissous et remplacés par les Conseils élus.

« Le modalités de l'élection seront fixées par les règlements d'adminisrtation publique ; ces mêmes règlements détermineront l'étendue des circonscriptions assignées aux Conseils élus.

« Jusqu'à la date fixée par le décret prévu au premier alinéa du présent article, les Conseils nommés seront renouvelables par tiers annuellement. Les membres à renouveler seront désignés par voie de tirage au sort, au cours du dernier tirage au sort, au cours du dernier trimestre de chaque année. Le tirage sera effectué par les soins du Conseil Supérieur de l'Ordre pour les Conseils départementaux et par les soins du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé pour le Conseil Supérieur. »

Art. 2. — Est abrogée la loi du 2 août 1941.

Art. 3. — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

Fait à Vichy, le 26 novembre 1941.

Ph. Pétain.

Par le Maréchal de France, chef de l'Etat Français :

Le garde des sceaux,
ministre secrétaire d'Etat à la Justice,
Joseph Barthélemy.

Le ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur,
Pierre Pucheu.

Le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé,
Serge Huard.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 101-102. — 17-20 DECEMBRE 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**

Etudiants : **30** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.

Tous les autres pays : **90** francs.

Chèques postaux : Paris 2538-76



SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Sont déclarés admissibles à l'oral :

MM. Houdart, 49 1/2 ; Maurice, 48 1/2 ; Bouget, 4/8 12 ; Hewitt, 47 1/2 ; Bergeron, 46 1/2 ; Perrotin, 45 1/2 ; Pujol (Mme), 46 ; Gerbaux, 45 1/2 ; Bilski, 45 ; René, 45 ; Rosey, 45 ; Darris, 44 1/2 ; Chatelin, 44 ; Jouve, 43 1/2 ; Marche, 43 ; Loygue, 42 ; Senegal, 42 ; Guimezanes, 41 1/2 ; Schweisguth (Mlle), 41 1/2 ; Alhomme, 41 1/2 ; Dubel, 41 1/2 ; Faillebin (Mlle), 41 ; Pujol 40 1/2 ; Dausset, 40 ; Doumic (Mlle), 40 ; Klein, 40.

Bertier, 39 1/2 ; Grould (Mlle), 39 ; Duhamel, 38 1/2 ; Keruzoré, 38 1/2 ; Lavarde, 38 1/2 ; Ricordeau, 38 1/2 ; Vaysse, 38 1/2 ; Chateau, 38 ; Choubrac, 38 ; Durand (Cl.), 38 ; Gosset, 38 ; Paley, 38 ; Réau (Mlle), 38 ; Ardouin, 37 1/2 ; Basset, 37 ; Danion, 37 ; Feffer, 37 ; Jacquemin (H.), 37 ; Paraf, 37 ; Sirot, 37; Boreau, 36 1/2 ; Estève, 36 1/2 ; Galand, 36 1/2 ; Legendre (Jean), 36 1/2 ; Le Lorier, 36 1/2 ; Scherrer, 36 1/2 ; Thierry, 36 1/2 ; Caplier, 36 ; Chadoutard, 36 ; Lafourcade, 36 ; Oudot, 36 ; Perraudin, 36 ; Ryckewaert, 36 ; Sclafer, 36 ; Gougerot, 35 1/2 ; Monie, 35 1/2 ; Pestel, 35 1/2 ; Ponsar, 35 1/2 ; Boudot, 35 ; Caldier, 35 ; Dubois (Jacques), 35 ; Girauld, 35 ; Tournier, 35 ; Alloiteau, 34 1/2 ; Granier (Mlle), 34 1/2 ; Salinesi, 34 1/2 ; Tricard, 34 1/2 ; Bourdy, 34 ; Canivet, 34 ; Hiverlet, 34 ; Pierart, 34; Targowla, 34 ; Woimant, 34 ; Bernard, 33 1/2 ; Denisart, 33 1/2 ; Flavigny, 33 1/2 ; Sagello, 33 1/2 ; Lacourbe, 33 1/2 ; Raymond, 33 1/2 ; Richard, 33 1/2 ; Léger, 33 ; Toupet, 33 ; Veyrières, 33 ; Arnaud, 32 1/2 ; Blondé, 32 1/2 ; Borniche, 32 1/2 ; Chapelet, 32 1/2 ; Combet, 32 1/2 ; Hemeury, 32 1/2 ; Joué, 32 1/2 ; Lallemand, 32 1/2 ; Marchand, 32 1/2 ; Mignot, 32 1/2 ; Moufflard (Mlle), 32 1/2 ; Sibertin-Blanc, 32 1/2 ; Cresson, 32 ; Savaton (Mlle), 32 ; Wetterwald, 32 ; Berthet, 31 1/2 ; Boultier, 31 1/2 ; Carrillo-Maurtua, 31 1/2 ; Cousin (Mlle), 31 1/2 ; Louveau, 31 1/2 ; Chardin, 31 ; Burgot, 30 1/2 ; Hartmann, 30 1/2 ; Simon 30 1/2 ; Bouygues, 30 ; Chessebeuf, 30 ; Conche, 30 ; Delater, 30 ; Faurel, 30 ; Fossier (Mlle), 30 ; Fourmestraux (de), 30 ; Maigne, 30.

Bourguet, 29 1/2 ; Dupont, 29 1/2 ; Poujol, 29 1/2 ; Wapler, 29 1/2 ; Legendre (R.), 29 ; Saulnier (Mlle), 29 ; Tourneville (Mlle), 29 ; Bureau, 28 1/2 ; Lamy, 28 1/2 ; Mazars, 28 1/2 ; Monghal (Mlle), 28 1/2 ; Nebout, 28 1/2 ; Rathery, 28 1/2 ; Santelli (Mlle) 28 1/2 ; Spriet, 28 1/2 ; Jacob, 28 ; Legrand, 28 ; Loudenot (Mlle), 28 ; Rudelle, 28 ; Poncet, 28 ; Caezes, 27 1/2 ; Hans, 27 1/2 ; Koupernik, 27 1/2 ; Mouzon, 27 1/2 ; Cousin, 27 ; Guéniot, 27 ; Mouret, 27 ; Queneau, 27 ; Brandon, 27 ; Boissière, 26 1/2 ; Ramadier, 26 1/2 ; Stevenin, 26 1/2 ; Calloc'h de Kérillis, 26 ; Dailly, 26 ; Hertz, 26 ; Gauthier, 25 1/2 ; Guinard, 25 1/2 ; Guy, 25 1/2 ; Lemoine, 25 1/2 ; Moullé, 25 1/2 ; Forest, 25 1/2 ; Berger, 25 1/2 ; Chavarot, 25 1/2 ; Chevillotte, 25 1/2 ; Chapuis, 25 ; Durand (Maurice), 25 ; Mercadier, 25 ; Dezarnauld, 24 1/2 ; Maillard, 24 1/2 ; Michiels, 24 1/2 ; Villebrun, 24 1/2 ; Couade, 24 1/2 ; Alison, 24 ; Buhot, 24 ; Chabasseur, 24 ; Jacquemin (J.), 23 1/2 ; Lallemant, 23 1/2 ; Planchon, 23 1/2 ; Rey 23 1/2 ; Leddet, 23 ; Pellot, 23 ; Vaissié, 23.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Questions données :*

Anatomie. — 1° Anatomie descriptive de la cavité cotyloïde de l'os iliaque, sans l'ossification ; 2° anatomie descriptive du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne, sans les rapports ; 3° muscle ptérygoïdien externe ; insertions et innervation, sans les rapports ; 4° énumérer dans leur ordre d'origine les branches collatérales de l'artère sous-clavière ; 5° énumérer les éléments musculaires, vasculaires et nerveux qui traversent la grande échancrure sciatique.

Pathologie médicale. — 1° Enumérer, sans les décrire, les six principaux signes de la maladie de Basedow (laboratoire compris) ;

2° états des réflexes rotuliens, achilléens et cutané plantaire dans le tabes dorso-lombaire ; 3° renseignements fournis par l'examen clinique de l'abdomen dans une cirrhose de Laënnec non compliquée, à la période ascitique avant toute ponction ; 4° signes d'auscultation pulmonaire de la pneumonie franche lobaire aiguë non compliquée de la base : a) au début ; b) à la période d'état ; c) au lendemain de la crise ; 5° signes d'auscultation cardiaque et signes vasculaires périphériques de l'insuffisance aortique type Corrigan en dehors de l'asystolie ; 6° énumérer, sans les décrire, par ordre d'importance décroissante les principales complications des oreillons.

Pathologie chirurgicale. — 1° Signes physiques d'une hernie crurale récemment étranglée ; 2° renseignements cliniques et pronostiques fournis par l'examen d'un malade atteint de furoncle de la lèvre supérieure à la période d'état ; 3° énumérer les signes physiques d'une fracture transversale fermée récente de la rotule, sans la radiographie ; 4° décrivez les différentes manœuvres qui permettent de s'opposer à la chute de la langue en arrière au cours des anesthésies générales par inhalation.

Composition du jury par section. — *Anatomie.* — MM. les Docteurs : Longuet, Mialaret et Albot. Lecture à Marmottan ; première séance le lundi 15 décembre, à 17 heures.

Pathologie médicale. — MM. les Drs : Pollet, Derot et Perrault. Lecture à Cochin ; première séance, le samedi 13 décembre, à 17 heures 30.

Pathologie chirurgicale. — MM. les Drs : Richier, Rudler et Hepp. Première séance, le jeudi 18 décembre, à 17 heures ; lecture à Marmottan.

Hôpital intercommunal de Créteil (Seine). — Un concours pour la nomination à huit places d'internes en médecine et la désignation d'internes provisoires à l'hôpital intercommunal de Créteil, s'ouvrira le 5 janvier 1942. Durée de l'internat, deux ans. Pourront prendre part à ce concours les externes des hôpitaux de Paris, les étudiants munis de douze inscriptions.

Les candidats devront remplir les conditions prévues par les lois du 17 juillet 1940 (nationalité), du 13 août 1940 (associations secrètes) et du 3 octobre 1940 (religion). Fournir expédition acte de naissance, certificat de revaccination, certificat du directeur général de l'Assistance Publique (externat), ou certificat de douze inscriptions de doctorat. Photographie 4×4.

Inscriptions au secrétariat de l'Hôpital, 50, rue de Saint-Maur, à Créteil, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, jusqu'au 25 décembre 1941.

Pour les conditions du concours et les avantages, consulter les affiches.

Hôpital-Hospice de Saint-Denis (Seine). — Un concours pour la nomination à douze places d'internes titulaires aura lieu à l'hôpital de Saint-Denis, le lundi 19 janvier 1942 et jours suivants. Pourront prendre part au concours les étudiants munis d'au moins seize inscriptions, nouveau régime, âgés de moins de 30 ans. Mêmes conditions légales que ci-dessus. Mêmes pièces à fournir, plus pièce établissant la situation militaire et notice sur les titres scientifiques et hospitaliers. Pour inscriptions et renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital, 7 bis, rue du Fort-de-l'Est, de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures.

Faculté de Médecine de Paris. — Par arrêté, en date du 4 décembre 1941, M. Donzelot, agrégé près la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, a été nommé, à compter du 1er octobre 1941, professeur titulaire de la chaire de *clinique cardiologique* de cette Faculté. (*J. O.*, 5 décembre 1941.)

M. Max Jayle, agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, est, à titre exceptionnel, pérennisé dans ses fonctions, à compter du 1er octobre 1941.

Avis. — Les vacances de Noël et du Jour de l'An sont fixées du 24 décembre (matin) au 3 janvier 1942 inclus. Les cours, travaux pratiques reprendront normalement le 5 janvier 1942.

Secrétariat : Pendant la durée des vacances, le secrétariat sera ouvert tous les jours, de *midi à 15 heures*, sauf le jour de Noël et le jour du 1er janvier.

Bibliothèque : La bibliothèque sera fermée du 24 décembre au matin au samedi 3 janvier inclus. Les séances spéciales réservées aux services du prêt auront lieu les mercredis 24 et 31 décembre, de 14 heures à 16 heures.

Prix a décerner au titre de 1940. — Ces prix sont destinés à récompenser des travaux scientifiques, thèses, etc.

Prix Barbier, 3.000 francs : Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils ou autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.) — *Prix Bernheim*, 800 francs : Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiant français, russe ou polonais). (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.) — *Prix Chateauvillard*, 3.000 francs : Meilleur travail sur les sciences médicales imprimées au cours de l'année précédente (thèse et dissertation inaugurale admises). (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.) — *Prix Déroulède*, 900 francs : Récompense du meilleur travail sur le cancer. (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.) — *Prix Desmazes*, 1.600 francs : Récompense du meilleur traité sur la grippe. (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.) — *Prix Léon Frey*, 5.000 francs : Récompense du meilleur mémoire sur un sujet de stomatologie. (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.) — *Prix Gérard-Martinet*, 2.500 francs : Meilleur travail tendant à découvrir un médicament, sérum, etc., susceptible d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses. (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.) — *Prix Jeunesse*, 2.500 francs : Meilleur ouvrage sur l'hygiène. (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.) —

Voir la suite des Informations, page 1021.

Ordre des Médecins de la Seine

Communiqués

Le Tableau de l'Ordre des Médecins de la Seine va paraître.

Le Conseil de l'Ordre rappelle que seuls figureront sur ce tableau les noms des médecins qui ont rempli toutes les obligations imposées : il prie notamment ceux qui n'ont pas apporté leur diplôme au Secrétariat de l'Ordre, ou qui ont omis de le retirer, de remplir immédiatement cette formalité.

Attribution de bois. — La direction des Affaires Economiques et Sociales de la Préfecture de la Seine prie le Conseil de l'Ordre du département de la Seine de faire connaître à tous les médecins qu'il ne pourra être donné suite aux demandes d'attribution de bois qu'ils pourraient formuler.

A nos lecteurs

Conformément aux décisions que viennent de prendre nos groupements corporatifs, les prix d'abonnement et de vente au numéro sont modifiés ainsi qu'il suit, à partir du 1er janvier 1942.

Abonnements :

France : un an, 75 francs ; étudiants, 40 francs.
Etranger : 1re zone, 110 francs ; 2e zone, 125 francs.

Vente au numéro :

Prix de deux numéros groupés, 1 fr. 50.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ANEMIES		
GLOBINOFER "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Tryptophane-histidine* *glob. fer, cuivre, manganèse* Comp. Adultes : 6 par jour Enf. : 4 par jour. Nour. : 2 p. j.	Toutes les anémies
HÉMOSTRA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Tryptophane-histidine* Amp. 5 cm³ : 1 p. j. ss.-cut. ou intram. Amp. 2 cm³ 5, 1 p. j. ss.-cut. Amp. 1 cm³ : 1 p. j. intrad.	Anémies graves Déficiences, Angor
DIABETE et ses complications		
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
INSUFFISANCE HEPATIQUE		
VULCRINOL Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait de foie de veau* FRAIS *Thiosulfate de magnésium* *Hexaméthylène tétramine*	Insuffisance hépatique Etats anaphylactiques Intoxications

REVUE GENERALE

LES ANÉVRISMES ARTÉRIELS INTRACRANIENS

par M. J.-A. Chavany
Médecin de l'Hôpital de Bon-Secours

Dans le grand cadre de la pathologie vasculaire cérébrale le *problème des anévrismes artériels* n'a occupé longtemps qu'une place de tout second plan. Il est pourtant de connaissance ancienne puisque Morgagni, en 1761, décrivit pour la première fois la dilatation des branches postérieures des carotides et qu'en 1781 Biumi signala, après examen anatomique, la rupture des anévrismes intracraniens et ébaucha la première description des hémorragies méningées spontanées. Cependant leur description clinique resta longtemps imprécise, il ne s'agissait habituellement que de *trouvailles d'autopsie*, si bien qu'encore en 1859 Gull pouvait affirmer « qu'il n'existe aucun symptôme qui permette d'établir un diagnostic certain de ces anévrismes ».

Les progrès de la semiotique dus aux travaux modernes les ont fait sortir peu à peu de leur rang de curiosité anatomique. Franchissant *l'étape anatomo-pathologique pure*, les voici maintenant en pleine période clinico-thérapeutique qui s'incorporent à la neurologie vivante et, qui plus est, à la neurologie pratique puisque nous possédons pour les traiter une arme thérapeutique efficace. L'ampleur évolutive d'un tel sujet justifie amplement cette étude d'actualité. Et cela d'autant plus que, s'il existe une abondante littérature étrangère dont nous ferons état chemin faisant, les travaux publiés en langue française sont rares et certains encore émanent-ils d'auteurs étrangers.

Ludo Van Bogaert, J. Helsmoortel et R. Nyssen rapportent en 1932 un cas d'anévrisme de la cérébrale antérieure s'étant manifesté par des signes de la série infundibulotubérienne. En 1934, Egaz Moniz présente une étude d'ensemble sur les hématomes sous-arachnoïdiens et les anévrismes cérébraux ; il revient sur la question à la Réunion neurologique internationale de Paris de 1936 et dans l'intervalle il avait fait paraître un très beau volume sur l'angiographie cérébrale et ses différentes applications. En 1936, F. Thomas (de Gand) reprend l'étude anatomique et clinique des hémorragies méningées d'origine anévrismale. En 1937, notre maître, Cl. Vincent, avec Thiébaut, Lemoyne et Guillaumat publient deux observations d'anévrisme artériel intracranien traité efficacement par la ligature de la carotide primitive. La même année Bourrat, Girard et Moreau (de Lyon) consacrent un travail d'ensemble à la question, travail très clair et très documenté auquel nous ferons de larges emprunts. En 1939, c'est une observation anatomo-clinique d'un cas d'anévrisme du tronc de la sylvienne apportée par Barré, Metzger et Mme Kabaker-Koulikowska. En 1941, Cl. Vincent et Daum apportent une nouvelle contribution à l'étude des hémorragies méningées non traumatiques centrée sur les anévrismes congénitaux. Nous-mêmes, avec Daum et Samain, venons d'insister tout récemment sur la fréquence et la signification de la symptomatologie oculaire dans une telle maladie.

Généralités

Nous ne considérons comme anévrismes artériels que les seules *dilatations segmentaires* des artères intracraniennes aisément identifiables par la seule inspection, ce qui élimine — *d'une part*, certaines dilatations diffuses des artères cérébrales et les angiomes artériels (Cushing) longtemps considérés comme anévrismes racémeux, plexiformes, variqueux, etc.,

D'autre part, les dilatations miliaires décrites par Charcot et Bouchard sur certaines artères perforantes intracérébrales.

Les *anévrismes artério-veineux* seront seulement envisagés au diagnostic.

Fréquence. — Si l'on s'en tient à l'expérience des neurologues français, la fréquence de telles tumeurs paraît rare. Il en va autrement si on consulte les statistiques étrangères. Sur 27.011 autopsies (total de six statistiques d'auteurs différents), il aurait été enregistré 179 cas d'anévrisme, soit un pourcentage considérable de 0,66 %. Cela tient peut-être, comme le suggère Bourrat au fait que les pathologistes étrangers étiquettent anévrismes des dilatations vraiment minimes non entérinées comme tels chez nous. Schmidt par exemple relève au cours d'une période de quinze ans vingt-trois anévrismes dans les cartons anatomiques du service du Professeur Wimmer (de Copenhague) et six d'entre eux siégeant sur la sylvienne et le tronc basilaire n'ont que les dimensions d'un petit pois. Nous pensons, quant à nous, qu'il ne faut pas faire fi de ces petites ectasies souvent aussi dangereuses que les grosses et qu'il faut seulement apprendre à les mieux dépister sur le vivant et sur le cadavre.

Sexe. — Ils sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme, dit Schmidt. Dans les vingt-trois cas de Schmidt on note dix-sept femmes et six hommes. La série de cinq cas observés par nous porte exclusivement sur le sexe féminin.

Age. — Très variable. En 1939 dans un très important travail, Mc Donald et Korb ont eu la patience de relever les caractéristiques majeures de 1.125 observations d'anévrismes sacculaires des artères de la base du cerveau anatomiquement ou opératoirement vérifiés. 54 % des malades ont plus de quarante ans, 25 % de vingt et un à quarante et 11 % moins de vingt ans. On les observe aussi chez les *tous jeunes sujets :* six ans dans un cas de Pitt, dix-neuf mois dans un cas de Fearnsides.

Etiologie

Les *facteurs étiologiques* sont divers, avec une gamme de fréquence tout à fait différente.

Le *traumatisme* n'a pas ici l'importance qu'on lui reconnaît dans les anévrismes artério-veineux. Pour Esser les anévrismes traumatiques n'existent pas ; pour Orth ils sont exceptionnels. Il faut se montrer très circonspect dans les conclusions médico-légales sur le sujet (F. Thomas). Tout au plus peuvent-ils jouer un rôle dans certains cas de rupture sacculaire.

La *syphilis* paraît dépossédée du rôle de tout premier plan que lui ont assigné autrefois nos maîtres Letulle et Comte. Certes, la mise en évidence par Kraber et Backer du tréponème dans la paroi anévrismale frappe l'imagination mais il s'agit là d'un cas isolé. Certes l'anévrisme aigu à marche foudroyante de la période secondaire est une entité qui existe, mais il s'agit là de faits rares. Fearnsides dans quarante-quatre cas, Dandy dans vingt cas ne rencontrent jamais la syphilis. Mc Donald et Korb lui accordent cependant un pourcentage de 5,6 %.

Les *embolies* occupent 12 % de la statistique des mêmes auteurs. Bien connus depuis les travaux de Ponfick (1873) et d'Eppinger (1887), les anévrismes emboliques s'observent dans les endocardites infectieuses et surtout dans l'*endocardite maligne à marche lente*, type Osler. Fréquents chez les enfants, ils sont souvent multiples et par leurs complications hémorragiques mettent souvent le point final à cette maladie incurable.

Anatomie pathologique

Siège. — Toutes les artères cérébrales peuvent porter des anévrismes mais leur siège d'élection reste *les vaisseaux de la base du cerveau*. Bifurcations artérielles et émergence de collatérales sont des zones de prédilection, car les parois artérielles sont moins résistantes à ces niveaux et soumises en outre à un surcroît de travail.

On relève pourtant des divergences importantes suivant les observateurs. Il semble qu'on puisse admettre l'*ordre de fréquence décroissant suivant :* carotide interne, système des communicantes, sylvienne, tronc basilaire, cérébrale

antérieure. Les vertébrales, cérébrales postérieures et cérébelleuses viennent en queue de liste.

Ces mêmes auteurs s'accordent tous sur la *grande prédominance gauche* qui peut tenir à la présence d'à-coups plus marqués de ce côté, à cause de l'arrivée directe du sang aortique sans interposition du tronc brachio-céphalique.

Nombre. — Les anévrismes sont ordinairement uniques ; ils peuvent cependant être multiples (trois au niveau de l'hexagone de Willis dans un cas de Schmidt) lorsqu'ils sont d'origine artérioscléreuse.

Forme et dimensions très variables. — *Arrondis* ou *légèrement ovalaires*, parfois bilobés, les plus nombreux se présentent comme des *tumeurs sacciformes* appendues à la manière de fruits à la branche artérielle par un *collet* court et étroit. Ce type habituel s'oppose à l'*anévrisme carotidien classique* portant sur tout un côté du corps artériel et faisant corps avec lui sans qu'on puisse vraiment ici parler de collet. D'autres plus rares figurent un *fuseau segmentaire* localisé dilatant l'artère assez régulièrement et pouvant atteindre le diamètre d'un doigt (spéciaux au tronc basilaire). Plus rare encore est la *variété serpentine* (Moniz) résultant de la dilatation diffuse et étendue de tout un tronçon artériel (spéciale au syphon carotidien).

Les anévrismes cérébraux sont *généralement petits.* Leur échelon de taille va du petit pois au raisin ou à la cerise, tel est le gabarit des sacciformes. Le type ancien classique atteint souvent de plus grandes dimensions : prune, grosse noix, parfois œuf de poule (Moller Harald) ; on l'observe surtout dans l'artériosclérose et comme il s'agit là d'une affection acquise et évolutive de la paroi artérielle la tumeur augmente de son ancienneté. Le plus volumineux est ainsi fonction de son ancienneté. Le plus volumineux a été signalé par Reinhardt (dimensions d'un poing).

Histologie pathologique. — L'anévrisme lui-même est constitué par un sac fibreux provenant de la tunique externe et fait de tissu de sclérose sans fibres musculaires lisses ni cellules inflammatoires mais présentant parfois des calcifications opaques aux rayons X. En outre du sang circulant, l'anévrisme contient un caillot plus ou moins important qui diminue d'autant la lumière intérieure.

Lésions de voisinage. — L'état des *artères* avoisinantes renseigne sur l'étiologie vraisemblable de la tumeur. Ces artères apparaissent saines dans la forme congénitale ; dans les variétés emboliques ou syphilitiques on met en évidence des artérites infectieuses, inflammatoires ou suppurées ou d'autres stigmates de syphilis artérielle. Dans les cas d'artériosclérose plus ou moins étendue des artères basales, il est intéressant d'explorer le territoire anatomique de l'artère ectasiée ; il n'est pas rare d'y retrouver des *ramollissements hémorragiques* (cas de Bourrat) désignés à la simple inspection du cerveau par leur teinte ocre caractéristique. Mais il faut connaître l'existence de ramollissements blancs plus ou moins étendus, difficiles à noter macroscopiquement sur un cerveau frais mais très nets après formolage. Ces deux sortes de ramollissements liés à la déficience circulatoire peuvent rendre compte de la mort dans les nombreux cas d'*exitus où on ne constate pas de rupture du sac.*

Parmi les autres lésions de voisinage les unes sont *mécaniques :*

Du côté des os on peut noter un certain taux d'usure de certaines pièces osseuses que la radiographie pourra mettre en évidence sur le vivant ;

Du côté du cerveau, l'anévrisme repoussant le tissu cérébral se creuse une niche à son intérieur. Une telle inclusion s'observe surtout dans les anévrismes sylviens, souvent difficiles à trouver, même le cerveau en main ;

Du côté des nerfs de la base, la masse tumorale elle-même peut comprimer les nerfs avoisinants, tel le nerf olfactif gauche et le chiasma dans l'observation de Van Bogaert. Dans d'autres cas la même masse élongue un certain nombre de nerfs en les tendant comme un chevalet le fait des cordes d'un violon.

D'autres lésions sont inflammatoires :

L'anévrisme est souvent entouré d'une véritable gangue de *méningite adhésive* rendant parfois sa dissection difficile en raison des adhérences qui se créent avec les organes voisins. Un tel processus peut s'étendre assez loin de l'anévrisme, impressionnant en outre ici les filets nerveux par le mécanisme de la *radiculo-névrite.*

Une semblable inflammation peut enfin atteindre le tissu nerveux au contact et engendrer des *foyers d'encéphalite* souvent profonds et à distance de la tumeur, témoin, le cas de Van Bogaert où un anévrisme localisé au point d'abouchement de la communicante antérieure sur la cérébrale antérieure provoqua une enchéphalite assez étendue pour aller toucher le plancher du troisième ventricule.

Les ruptures d'anévrisme :

Cette complication est plus rare qu'on ne le pense communément. Elle peut être *complète ;* il se produit alors une véritable inondation des espaces sous-arachnoïdiens voisins par le sang et on retrouve à l'autopsie toute la base ou toute la convexité cérébrale envahies de sang et de caillots. Il arrive que la rupture se produise en plein parenchyme, le dilacérant et arrivant parfois à se faire jour vers les ventricules ; une semblable inondation ventriculaire est surtout fréquente dans les anévrismes sylviens. Mais beaucoup plus intéressantes que la rupture complète sont les *ruptures partielles*, souvent récidivantes, les *déchirures*, les *déhiscences* qui, par un écoulement sanguin moins massif, *véritable suintement*, entraînent des *hémorragies méningées enkystées à répétition*, de véritables hématomes sous-arachnoïdiens qu'il ne faut pas confondre, comme ont voulu le faire certains auteurs américains, avec la pachyméningite hémorragique de Virchov, observée chez les vieillards et les alcooliques ; il s'agit là, en effet, d'une maladie autonome dans laquelle la lésion primitive est méningée, l'hémorragie ne constituant qu'un phénomène secondaire comme l'ont bien noté Pierre Marie, Roussy et G. Laroche en se basant sur des recherches expérimentales et comme y ont insisté à nouveau en 1932, dans une étude d'ensemble P. Van Gehuchten et P. Martin.

Symptomatologie

Un indéniable caprice préside à la symptomatologie des anévrismes artériels intracraniens.

Comme nous le disions au début de ce travail, la plupart des anévrismes n'étaient pas diagnostiqués sur le vivant par les générations médicales qui nous ont précédé. Les choses ont changé aujourd'hui et cependant il existe encore de nos jours un nombre considérable de cas — la moitié environ — qui ne se révèlent du vivant des sujets par aucun signe clinique net et qui ne font leur preuve qu'à la seule vérification anatomique. C'est la *forme latente* dont le nombre des observations présente une courbe descendante avec les progrès des techniques d'examen modernes.

Un certain nombre de ces cas latents terminent leur évolution muette par une *rupture brutale* qui entraîne une mort brusque — *forme foudroyante* — en quelques minutes ou en quelques heures au milieu d'un tableau d'hémorragie cérébrale ou d'inondation ventriculaire avec coup de massue céphalalgique, vomissements, coma carus, convulsions et contractures. Seule une autopsie minutieuse donne la véritable clef d'un tel épanchement sanguin intracranien surtout s'il s'agit de petits anévrismes difficiles à mettre en évidence dans un magma de sang caillé et de substance cérébrale dilacérée.

En dehors de ces cas infracliniques les manifestations cliniques par lesquelles s'objectivent les anévrismes artériels sont nombreuses et variées se présentant tantôt comme un *processus diffus*, tantôt comme un *processus localisé.* Il n'est pas rare de noter chez le même sujet — et c'est un signe de grande valeur — un amalgame de ces deux processus s'observant soit au même temps évolutif, soit à des stades différents du mal, d'où la nécessité d'un interrogatoire serré du malade et d'une histoire complète et détaillée de toutes les phases mêmes les plus anciennes de la maladie.

La *notion basale*, qu'il s'agit de *tumeur vasculaire*, doit toujours être présente à l'esprit et, guidant l'examen, doit conduire à rechercher dans le présent et dans le passé du sujet deux ordres de signes : *signes tumoraux* et *signes vasculaires*.

Dans la pratique courante un anévrisme artériel intracranien peut se révéler sous *trois aspects principaux, celui de l'hémorragie sous-arachnoïdienne, celui du syndrome focal* et enfin celui *l'un syndrome d'hypertension intracranienne.*

1° Les *hémorragies sous-arachnoïdiennes* dont nous devons à Dott une très belle description, dont nous faisons état, constituent le mode d'extériorisation le plus fréquent et le plus caractéristique de la maladie. Dans vingt-deux observations d'anévrismes Wichern note quinze fois du sang à la ponction lombaire.

Elles se présentent sous les traits de l'*hémorragie méningée idiopathique* souvent à *répétition* avec des intervalles très variables entre les différents épisodes, parfois des mois, parfois des années (vingt ans dans un cas de Fearnsides). Nombre d'auteurs, à la suite de Borchardt, de M. Schmidt, soutiennent même que la plupart des hémorragies méningées survenant chez des sujets jeunes, voire des enfants, non hypertendus, non syphilitiques sont sous la dépendance d'anévrismes ou d'angiomes. Quoiqu'il faille toujours se garder des opinions absolues en matière médicale, il est certain que pratiquement une hémorragie méningée qui ne fait pas autrement sa preuve doit éveiller l'idée d'anévrisme.

C'est brusquement que s'installe habituellement une telle hémorragie. Une céphalée très vive souvent occipitale, parfois frontale ou rétro-orbitaire ouvre la scène, accompagnée de nausées, de vomissements, de vertiges, de raideur de la nuque et parfois de perte de connaissance momentanée. Une fièvre plus ou moins élevée est de règle. Une raideur rachidienne diffuse et douloureuse s'installe lorsque le sang vient irriter les méninges spinales. La ponction ramène dans ces cas un liquide sanglant. La *curabilité spontanée* en quelques jours ou semaines d'un syndrome, qui au début paraît grave, est un des caractères saillants.

Ce tableau général peut se présenter souvent à l'état isolé, mais il n'est pas rare qu'il se corse d'un certain nombre de *signes de localisation.*

Avant d'entreprendre leur description nous voudrions insister sur un curieux paradoxe diagnostique. Nous avons pu de nombreuses fois constater combien le diagnostic d'hémorragie méningée était rarement posé même par des praticiens avertis qui, en face d'une telle symptomatologie, restent dans le vague, parlent de congestion cérébrale, de méningite. Et un tel vague se dissipe d'autant moins que l'affection évolue favorablement et qu'en peu de temps tout rentre dans l'ordre. Un tel doute est accru par le fait que la ponction lombaire ramène un liquide clair lorsque le sang, fait fréquent, s'enkyste dans les méninges cérébrales. Il *est souvent malaisé d'extirper de la mémoire* des malades la notion de tels épisodes pénibles, certes, mais disparaissant vite sans laisser de traces.

2° Les *syndromes focaux* plus ou moins riches sont moins fréquents que l'hémorragie méningée surtout à l'état pur. Parfois *épisodiques*, mais le *plus souvent continus et progressifs*, leur caractère de chronicité inquiète le malade et c'est pour eux ordinairement que le neurologiste est consulté. Ils traduisent la souffrance des organes nerveux et des vaisseaux du voisinage. Compression directe, élongation, inflammation, compression par l'intermédiaire d'un foyer hémorragique jouent suivant les cas leur rôle pour les créer.

L'atteinte la plus fréquente, la plus suggestive et aussi souvent la première en date est celle *des nerfs oculaires* et au premier chef du *moteur oculaire commun*, plus rarement celle du nerf optique (névrite ou atrophie de type primitif) plus rarement encore et moins significative celle du moteur oculaire externe. Après de nombreux auteurs nous venons d'insister dans un travail récent avec Daum et Samain sur l'intérêt de cette symptomatologie oculaire surtout si elle est associée à l'hémorragie méningée. Une telle prédilection pour les nerfs de l'œil s'explique par l'affinité des anévrismes pour les artères basales et spécialement celles de la partie moyenne de l'hexagone de Willis. L'atteinte concomitante du trijumeau est fréquemment notée dans cette localisation de la fosse cérébrale moyenne.

L'atteinte *du nerf olfactif* avec anosmie plaide pour une localisation antérieure.

Les *dernières paires craniennes* sont prises dans les anévrismes du tronc basilaire et s'intègrent parfois à des syndromes alternes.

L'hémiplégie, l'hémianesthésie, l'hémianopsie, les crises bravais-jacksoniennes traduisent la localisation hémisphérique corticale ou sous-corticale. Suivant qu'il y a destruction ou irritation, de tels symptômes cérébraux s'avéreront définitifs ou transitoires.

La somnolence, la fièvre, la polyurie, la polydipsie, la glycosurie, certaines contractures et troubles vaso-moteurs constitueront un indice d'atteinte de la région du plancher du troisième ventricule et de la région hypothalamique.

La *valeur localisatrice* de ces signes focaux n'est que relative ; en cas de signes cérébraux unilatéraux elle vaut pour le côté mais non pour le siège exact de l'anévrisme, ce qu'explique le fait que le caillot enkysté peut en cheminant aller provoquer des compressions à distance. En ce qui concerne les paralysies oculaires elle ne désigne pas toujours à coup sûr le côté, à preuve ce cas de Dott d'un anévrisme avec hémorragie se traduisant par une hémiplégie droite avec aphasie et paralysie du III droit alors qu'il s'agissait d'une tumeur gauche ; c'était le caillot qui, franchissant la ligne médiane en cheminant dans la citerne basale, était venu comprimer le nerf du côté opposé.

3° Dans des cas plus rares l'anévrisme artériel se traduit par un *syndrome d'hypertension intracranienne* qui affecte parfois une allure aiguë. Il se constitue très rapidement et la *stase papillaire* ne met parfois que quelques heures à s'installer. Un tel syndrome est provoqué par un trouble de la circulation liquidienne par un caillot périanévrismal ou par le blocage des voies de résorption du liquide céphalo-rachidien (Dott). Il pose le problème thérapeutique de toute hypertension intracranienne avec en plus la célérité que commande son allure aiguë.

Evolution

L'évolution des anévrismes est très variable suivant les cas mais souvent longue. Quand on interroge les malades sur les débuts de leur affection, de nombreux accusent des céphalées périodiques, de date très ancienne, souvent centrées, sur les périodes de règles, affectant parfois le caractère migraineux et qui durent depuis de longues années comme seul trouble.

Les *ruptures partielles* avec hémorragie méningée sont plus fréquentes que les ruptures complètes avec exitus brutal. Les premières peuvent être le prélude des secondes.

Indépendamment des malaises de toutes sortes dont leur vie est émaillée, de tels sujets sont sous la menace perpétuelle d'une grave perturbation de la circulation cérébro-méningée, ce qui doit conduire à réserver au maximum le *pronostic quoad vitam* et à proposer la seule thérapeutique salvatrice.

Diagnostic

En face de tels tableaux cliniques le soupçon d'un anévrisme intracranien doit hanter l'esprit du médecin.

Pour étayer une telle opinion :

1° Il doit pratiquer *un examen général* du sujet centré sur l'exploration minutieuse du cœur, des reins et des vaisseaux. Le dépistage des signes de la *série vasculaire* dans l'ordre scléreux et accessoirement spécifique s'impose avec les examens de laboratoire adéquats. Rechercher les signes de sclérose viscérale, les lésions athéromateuses de l'aorte, les signes de lésions artérielles du côté du *fond d'œil* sous forme *de capillarites, d'hémorragies.*

2° Il faut rechercher l'*existence de bruits anormaux intracraniens* que le malade peut percevoir comme un battement rythmé, comme un moteur en action dans son crâne et dont effrayé lui-même il nous fait part. Nous constatons alors à l'auscultation du crâne un *bruit soufflant systolique* synchrone des battements cardiaques. Son foyer maximum est souvent placé derrière l'oreille du sujet et il est, dans la règle, mieux perçu d'un côté que de l'autre. Il est parfois perceptible à distance (8 cc. dans un cas de Bing). Toutefois, contrairement à ce qui se passe pour les anévrismes artério-veineux de tels bruits sont loin d'être constants, *ils sont même rares* et d'autre part, ils ne signent pas de façon absolue l'existence d'un anévrisme, car ils peuvent s'observer dans d'autres maladies comme la maladie de Basedow, les états anémiques et surtout (Zador) dans *certaines tumeurs de la base comprimant un gros vaisseau*.

3° Il faut faire pratiquer des *radiographies du crâne* sous de multiples incidences : face, double profil, positions de base pour permettre les appréciations comparatives ; il faut mettre si possible en œuvre la stéréoscopie. Dans certains cas exceptionnels à la vérité, du fait de sa calcification pariétale, la tumeur est visible sous forme d'un tracé opaque, linéaire, plus ou moins régulièrement circulaire (Albl) qui figure la coque anévrismale. Des ombres analogues peuvent s'observer dans des cas de tumeurs, en particulier les poches de Rathke, dans les kystes dermoïdes et dans l'échinococcose (Sosmann). Plus souvent, cinq fois sur vingt, d'après Sosmann, et davantage si nous en croyons notre expérience personnelle, la radiographie décèle par le *flou et la disparition de leurs contours* l'usure et les érosions de certaines avancées osseuses telle que lame quadrilatère du sphénoïde, apophyses clinoïdes, parties latérales du support de la selle. Parfois c'est *une décalcification très visible* par comparaison avec le côté sain du plancher de la fosse cérébrale moyenne, indice de sa relative destruction ; parfois enfin l'attention est attirée par un creusement plus accentué d'une des fosses temporales. Ce ne sont encore pas là des signes pathognomoniques car des processus tumoraux de nature bien différente peuvent fournir des images approchantes.

4° L'*artériographie* est la pièce angulaire du diagnostic des anévrismes intracraniens. C'est elle, et elle seule, qui permet un *diagnostic de certitude*. Aussi ne saurait-on trop vanter le mérite de ce grand ami de la France qu'est le Professeur Egas Moniz d'avoir introduit et préconisé sans relâche l'application de cette méthode d'investigation générale à l'étude pathologique des formations vasculaires du cerveau. Elle est devenue sans danger depuis qu'on a substitué en 1931 le *thorotrast* (bi-oxyde de thorium à 25 %) aux solutions iodées concentrées et elle ne comporte aucune contre-indication même dans les cas les plus graves. Notre collaborateur et ami Samain avant de rentrer en Belgique avait pratiqué douze fois l'artériographie cérébrale (dont un cas bilatéral dans la même séance) sans incident aucun.

La technique de Moniz consiste à injecter rapidement dans la carotide primitive du côté de l'anévrisme 16 cc^3 de produit et à prendre trois films : le premier lorsqu'on a fait passer 10 cm^3, le second à la fin de l'injection, c'est-à-dire deux à trois secondes après et le dernier deux secondes et demie après le deuxième. Si on ne dispose pas d'appareil escamoteur on peut se contenter d'un seul film pris immédiatement à la fin de l'injection de thorotrast qui peut se limiter à 12 ou 13 cm^3.

L'*artériogramme* montre aisément l'existence de l'anévrisme grâce à la constatation d'une ombre anormale arrondie ou ovalaire le plus souvent à cheval sur un vaisseau. Elle le fait toucher du doigt, *noir sur blanc*. Certains cas de petits anévrismes peuvent être cependant d'interprétation délicate et il faut une certaine habitude pour se repérer exactement dans le chevelu des vaisseaux cérébraux ainsi opacifiés. Quand cette habitude est prise la *localisation exacte de la tumeur sur l'arbre artériel se fait très précisément*. Nous verrons son utilité pour la thérapeutique. L'artériogramme fixe enfin sur le volume exact de la poche sanguine tout au moins celle remplie de sang circulant, fixation approximative à cela près qu'une portion de l'anévrisme peut être remplie d'un caillot en voie d'organisation et de ce fait « n'être pas éclairée » au cours d'une telle manœuvre.

Vouloir ébaucher un *diagnostic différentiel* des syndromes anévrismaux consisterait à passer en revue toute la pathologie cérébrale vasculaire ou tumorale.

Nous nous bornerons donc à la différenciation rapide avec deux autres lésions artérielles cérébrales, les *anévrismes artério-veineux*, les *angiomes*. Le premier est un diagnostic clinique, le second surtout un diagnostic radiologique ou opératoire.

Les *anévrismes artério-veineux* (le plus souvent carotido-caverneux) reconnaissent souvent une *origine traumatique* (deux fois sur trois), mais favorisée par un terrain antérieur *artérioscléreux* ou *syphilitique*. Le rôle du trauma et de la syphilis apparaît ici beaucoup plus important que dans les anévrismes artériels purs. Après un intervalle libre variable apparaît un *bruit de souffle* beaucoup plus constant ici, le plus souvent perçu sous forme d'un bruit continu par le malade qui s'en inquiète ; il est constaté par le médecin à l'auscultation du crâne et est éteint par la compression carotidienne omolatérale. Puis se font jour l'*exophtalmos pulsatile* ou non, signe si fréquent qu'il a donné son nom à la maladie et la *dilatation des veines conjonctivales et du fond d'œil*. Contrairement aux signes de l'anévrisme artériel strictement unilatéraux l'exophtalmos et la dilatation veineuse *peuvent être bilatéraux*. L'atteinte des nerfs de l'œil III, II et VI, l'atteinte du V viennent compléter un tableau facile à identifier par la seule clinique.

Les *angiomes du cerveau* se manifestent souvent par des hémorragies méningées à répétition, précédées ou suivies de crises d'épilepsie ; il n'est pas rare qu'ils coïncident avec une *angiomatose cutanée ou rétinienne*. Un souffle intracranien peut être perçu à l'auscultation. La situation s'éclaire quand on voit sur les radios simples des concrétions disposées en tube ou en réseau ; elles passent souvent inaperçues quand on n'est pas habitué à leur aspect. Mais l'*artériographie* lève tous les doutes en renforçant les simples images précédentes et en les transformant en pelotons vasculaires, soit dans le système de la sylvienne, soit dans celui de la choroïdienne antérieure.

Traitement

Une telle étude n'a pas seulement un intérêt doctrinal mais aussi un intérêt pratique au premier chef depuis que de tels anévrismes sont entrés dans une phase thérapeutique active.

Du *point de vue médical* il ne faut pas attendre grand'chose du traitement antisyphilitique même lorsque, fait rare nous l'avons vu, la syphilis est avérée et, *a fortiori* lorsqu'on institue un tel traitement sans aucune preuve, simplement parcequ'il s'agissait d'une anévrisme.

On traitera l'*artériosclérose* lorsqu'on la met en évidence.

On a, en un temps, nourri l'espoir de thromboser l'anévrisme par des injections parentérales. La méthode de Lancereaux et Paulesco vise à ce but par des injections intrafessières de *sérum gélatiné à 25 pour 1.000*. On les prescrit en injections massives de 200 cc^3 rarement répétées ou en injections quotidiennes et fractionnées de 50 cc^3 par séries de 10 piqûres. En outre de sa douteuse efficacité, une telle cure a contre elle d'être souvent très douloureuse.

Un seul traitement est à conseiller, c'est *le traitement chirurgical* consistant dans la *ligature de l'artère carotide*, du côté de l'anévrisme, pour faire baisser la pression à son niveau, le thromboser si possible et en tout cas le mettre au repos. Mais il est toute une catégorie d'anévrismes qui ne sont pas justiciables de cette méthode d'assèchement, ce sont ceux qui sont situés au delà de la bifurcation de la carotide interne ; la ligature est ici inopérante, la circulation se rétablissant au niveau de la tumeur par le système des communicantes. Heureusement que ce sont les anévrismes situés en aval de la bifurcation de la caro-

tide interne qui sont les plus fréquents. C'est l'*artériographie* qui nous permet d'opérer cette discrimination essentielle concernant le siège. Mais quand on veut tenter une ligature carotidienne il convient de s'entourer de toutes les précautions car on sait les *complications* qu'une telle opération peut entraîner : hémiplégie, aphasie, voire même mort rapide.

Dès avant la prise d'une telle détermination médicale, il faut faire intervenir la *gravité des accidents* qui la commandent, le risque perdant de son poids au prorata du sérieux antérieur du cas. Il faut tenir compte de l'*âge* des malades et de *leurs tares viscérales appréciables*. Tenant compte de la *date de début des accidents* (souvent ancienne ici, ce qui simplifie la question) il ne faut pas trop se hâter pour qu'une circulation collatérale suffisante ait pu s'établir de manière naturelle. Mais ce qui compte le plus c'est l'*état approximatif de la circulation cérébrale* en général et spécialement du territoire irrigué par le vaisseau ectasié. Apporter un supplément de perturbation dans un secteur déjà mal irrigué expose aux pires déboires. L'artériographie fournit la réponse à semblable question en *objectivant nettement la plus ou moins grande richesse d'injection* des branches cérébrales. Cette manœuvre fixe encore sur le type morphologique de l'anévrisme utile à connaître pour le choix du vaisseau à lier.

On a, en effet, le choix entre la *carotide primitive* et la *carotide interne*.

Pour diminuer les risques, Cl. Vincent lie la première et reste fidèle à un procédé qui lui a toujours donné satisfaction. Il estime suffisant le ralentissement ainsi obtenu. De plus, une telle ligature convient à tous les âges. Si ses résultats s'avèrent insuffisants il est toujours temps de pratiquer ensuite la ligature de la carotide interne.

Dott, qui a tout particulièrement étudié le traitement chirurgical des anévrismes, visant la thrombose du sac, lie la carotide interne et admet que c'est l'opération idéale chez les sujets jeunes, non scléreux, porteurs de petits anévrismes congénitaux saignant à répétition.

Dans le but de diminuer les risques post-opératoires, certains auteurs ont proposé la *ligature artérielle en deux temps ;* on installe d'abord une ligature provisoire et lâche avec du *fascia lata* pour ralentir le cours du sang et quelques jours après on procède à la ligature définitive.

Les anévrismes situés en amont de la bifurcation de la carotide interne sont pratiquement au-dessus des ressources chirurgicales habituelles. Théoriquement, on a alors proposé de lier la tumeur anévrismale à ses deux bouts, mais c'est chose bien difficile en de telles régions et les accidents ischémiques consécutifs constituent une éventualité quasi-fatale. Il faut mentionner comme une acrobatie neuro-chirurgicale couronnée de succès le cas de Dott allant entourer de muscle un anévrisme saignant de cette zone interdite.

Pour faire rétrocéder des accidents immédiatement menaçants d'*hypertension intracranienne aiguë*, le volet décompressif constituera le temps d'urgence ; on complètera par la suite, comme il a été fait à une de nos malades, par une ligature carotidienne de sécurité qui sera suivie de la régression de nombre de troubles proprement d'essence anévrismale.

Une telle étude des anévrismes craniens tire son intérêt majeur des prespectives thérapeutiques qu'offre actuellement l'identification exacte de tels cas. Les anévrismes artériels intracraniens s'intègrent chaque jour davantage, grâce aux progrès de la technique moderne et tout spécialement de l'artériographie, non plus seulement dans la neurologie d'observation et de classement mais dans la neurologie qui soulage et même qui guérit avec des risques qu'il faut connaître mais que justifie toutefois la haute gravité des cas envisagés abandonnés à eux-mêmes.

BIBLIOGRAPHIE

J.-A. Barré, O. Metzger et Mme Kabaker-Koulikowska. *Soc. Méd. Strasbourg et du Bas-Rhin*, 29 avril 1939.

Van Bogaert, J. Helsmoortel et R. Nyssen. *Revue d'Oto-Neuro-Oculistique*, mai 1932, p. 325.

L. Bourrat, Paul Girard et P. Moreau. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 5 juillet 1937.

Otto Busse. *Virchov's Arch.*, 299, p. 178, an. 1921.

J.-A. Chavany. *Presse Médicale*, 28 mai 1938, n° 43.

J.-A. Chavany, S. Daum et A. Samain. *Presse Médicale* (sous presse).

Cushing. *Comptes Rendus XIIIe Congrès Ophtalmologique*, 1929, vol. III, page 156.

Cushing and Bailey. *Les tumeurs des vaisseaux de l'encéphale*, un volume. Ch. Thomas, édit., Baltimore, 1928.

E. Dandy Walter. *Pratice of Surgery*, vol. XIII (Hagerstown), Marymand, 1932.

Fearnsides. *Brain* 1916, 39, page 224.

E. Flatau. *Gazette des Hôpitaux*, 1921, page 1077

W.-D. Forbus. *Bul. John Hopkins Hospital*, 47, page 239, 1930.

Paul Van Gehuchten et Paul Martin. *Revue Neurologique*, 1932.

Hermann, Obrador et Dott. *Lisboa Medica*, décembre 1937

Geffroy Jafferson. *The Medical Annual*, 1931.

J.-Y. Keegan. *Arch. of. Neur. and Psych.*, 1931

Egas Moniz. Presse Médicale, 23 juin 1934.

Egas Moniz. *L'angiographie cérébrale.* Un vol. Masson, éditeur, Paris, 1934.

Egas Moniz. *Réunion Neurologique Internationale in Revue Neurologique*, 1936, page 1385.

Mc Donald Charles et Milton Korb. *Arch. of. Neur. and Psych.*, 42, 1939, page 298.

Louis Ramond. *Presse Médicale*, 6 et 9 août 1941, page 873.

Reinhardt. *Mitteil a. d. grenzgeb. d. Med., and Chir.*, 26, 1913, page 432.

Max Schmidt. *Brain*, 4, 1930, page 489.

Strauss, J.-H. Globus et S.-W. Ginsburg. *Zirch of Neur. and Psych.*, 1932.

F. Thiébaut et M. Raynaud. *Revue Neurologique*, juin 1939, p. 719.

F. Thomas. *Annales d'Anatomie Pathologique*, novembre 1936, page 969.

Cl. Vincent, F. Thiébaut, J. Lemoyne et L. Guillaumat. *Revue Neurologique*, mars 1937, page 361.

Cl. Vincent et S. Daum. *Bul. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 23, 14 août 1941, page 624.

Wichern. *Deutsch. Zeitsch fur Nervenheikunde*, 44, page 220, an. 1912.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LES SUCCEDANES DU SUCRE

par L. Babonneix

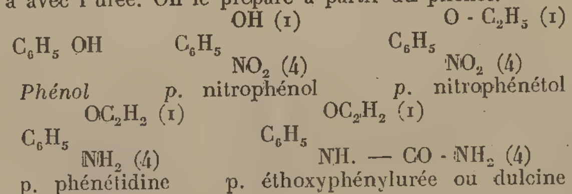
Membre de l'Académie de Médecine

Les circonstances actuelles imposent à tous des restrictions alimentaires variées, au premier rang desquelles il faut placer celles qui portent sur le saccharose, substance qui est recherchée des consommateurs en raison de ses propriétés gustatives et de son grand pouvoir calorique.

Pour le remplacer, on a proposé d'autres glucides : glucose, lactose, lévulose, de pouvoir sucrant bien inférieur, et, surtout, divers produits de synthèse dérivés des carbures benzéniques, privés de toute propriété nutritive, mais possédant une saveur sucrée très développée : les principaux sont la dulcine et la saccharine.

La dulcine

Définition. — C'est le produit de condensation de la phénétidine a avec l'urée. On le prépare à partir du phénol.



Caractères physico-chimiques. — Elle cristallise en aiguilles incolores, peu solubles dans l'eau, plus dans l'acool éthylique, et possède une saveur sucrée agréable deux cents fois plus marquée que celle du saccharose.

Propriétés physiologiques. — D'après MM. Kling, Bovet et Mlle Ruiz (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 105e année, 3e série, t. 124, nos 3 et 4, séance du 28 janvier 1941, pp. 99-113), elle est assurément toxique, contrairement à ce qu'avaient pensé Kobert et Houben. Déjà, en 1925, Uglow avait montré qu'introduite dans l'organisme, elle donne naissance à des aminophénols

qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine. Reprenant ces expériences, M. Kling et ses collaborateurs ont étudié les réactions des divers animaux à l'administration de dulcine.

Chez la Souris, l'intoxication, accompagnée d'ataxie et de parésies, est mortelle en 24 ou 48 heures, pour la dose de 0 gr. 025 pour 20 gr. d'animal.

Chez le Cobaye, mêmes résultats à la dose de 2 gr. par kilo.

Chez le Chien, la dose mortelle est de 1 gr. 50 par kilo.

Si, à ces doses massives, on substitue des doses faibles, mais quotidienne, on voit apparaître des signes d'intoxication : refus de nourriture mélangée de dulcine, vomissements, amaigrissement, cachexie, mort.

Les lésions varient selon les cas.

A-t-on employé des doses fortes et répétées (0 gr. 300 à 0 gr. 600 par jour), ce qui domine, c'est la dégénérescence graisseuse du foie.

Avec des doses plus faibles (0 gr. 080 par jour) permettant une certaine survie, les lésions frappent surtout le rein, gros, blanc, avec les tubes contournés fortement dilatés, revêtus d'un épithélium aplati.

S'est-on servi de doses encore plus faibles et répétées, on observe surtout des lésions hémorrhagiques diffuses.

Comme le disent M. Kling et ses collaborateurs, « l'examen « anatomo-pathologique des animaux qui ont reçu de faibles « doses répétées révèle le caractère cumulatif et l'aspect insi- « dieux de cette intoxication. Les effets nocifs des doses frac- « tionnées paraissent s'additionner, en sorte que la toxicité « d'une dose de dulcine n'est pas sensiblement diminuée par le « fractionnement des doses administrées, ni par le temps écoulé « entre le début et la fin de l'administration de ces doses frac- « tionnées ».

Conclusion pratique : « En dépit de ses propriétés gustatives remarquables, la dulcine ne saurait être retenue à titre d'édulcorant, en raison de sa nocivité et de son aptitude à produire des effets cumulatifs. » Cette conclusion est celle de l'Académie, qui, dans sa séance du 9 avril 1941, a adopté les conclusions du rapport de M. L. Lapicque et refusé l'autorisation pour toute autre substance édulcorante artificielle autre que la saccharine.

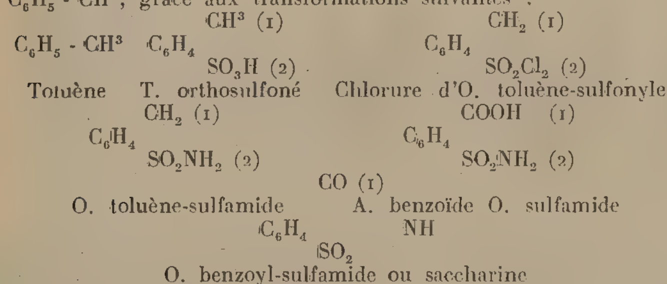
Il faut toutefois observer que, de cette condamnation sévère, des cliniciens, tels que le Professeur Maurice Villaret, en ont appelé. Ils ont fait observer que « les cliniciens ont largement utilisé la paraphénélol-carbamide depuis 1897 et que, pendant quarante-trois ans, aucun incident ne semble avoir été signalé chez l'homme ». Le Professeur Gilbert ne préférait-il pas à la saccharine la dulcine, « de pouvoir sucrant un peu faible, mais mieux tolérée par l'estomac », qu'il donnait à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 20 par jour ? De son côté, M. Bougaerth a fait observer que les expériences de M. Kling sont en contradiction avec celles d'autres auteurs et qu'on a pu, sans inconvénient donner à l'homme jusqu'à 1 gr. 50 de dulcine par jour (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 105e année, 3e série, t. 124, n°s 5 et 6, séance du 4 février 1941, p. 117-118).

M. Kling et ses collaborateurs ont apporté enfin à nouveau, à l'Académie de Médecine (séance du 22 juillet 1941), des résultats expérimentaux qui confirment leurs conclusions antérieures. C'est, disent-ils, à la Dulcine elle-même et non aux impuretés qui peuvent l'accompagner dans le produit industriel « tout venant » que doivent être attribuées les propriétés toxiques constatées à la suite d'ingestion de l'édulcorant dit Dulcine. M. Kling et ses collaborateurs estiment donc que l'usage de la Dulcine, à titre d'édulcorant, doit être sévèrement proscrit.

La saccharine

Définition. — C'est le sulfamide benzoïque 1.2. Elle répond à la formule $C_6H_4 \begin{matrix} CO \\ SO_2 \end{matrix} NH$.

Préparation. — Elle est obtenue à partir du toluène $C_6H_5 - CH^3$, grâce aux transformations suivantes :



Propriétés physico-chimiques. — C'est une poudre cristalline incolore et inodore ; par cristallisation lente, elle forme des prismes volumineux. A chaud, elle dégage une faible odeur d'amande amère, Soluble dans 400 p. d'eau à 15°, dans 30 p. d'alcool à 90° ou dans 100 p. d'éther, dans l'alcool méthylique et la glycérine, elle est insoluble dans la benzine et le chloroforme. Un mélange de saccharine avec moitié de son poids de bicarbonate de sodium est très soluble dans l'eau.

Son pouvoir sucrant est considérable : 500 fois plus grand que celui du sucre. On admet que 0 gr. 05 de saccharine équivalent à un morceau de sucre. Mais elle laisse un goût amer prononcé, que combat heureusement l'addition de saccharose (L. Lapicque).

Pharmacologie. — Elle ne possède aucun pouvoir calorique, mais, en raison de sa saveur sucrée, on tend, en période de restriction, à l'utiliser dans l'alimentation. Toute la question est de savoir si elle est ou non toxique.

Pour les cliniciens, nul doute qu'elle ne donne lieu à des phénomènes d'intolérance (Ch. Fiessinger), et que connaissent bien les spécialistes du diabète : douleurs ou crampes d'estomac, anorexie, dyspepsie.

Pour les biologistes, ces accidents sont si rares qu'on peut, pratiquement, n'en tenir aucun compte et poser en principe que, prise avec modération, la saccharine peut être considérée comme n'étant pas toxique. C'est ce qui ressort, en particulier, du rapport de M. L. Lapicque à l'Académie de Médecine (séance du 9 avril 1940), adoptant les vœux suivants que, le 1er mai 1917, l'Académie de Médecine avait émis, conformément aux conclusions d'une Commission composée de MM. Gabriel, Albert Robin, Bourquelot, Gilbert et Pouchet (séance du 24 avril) :

1° Produits pour lesquels l'emploi de la saccharine peut être *autorisé :* vins mousseux, vins de liqueurs (sauf ceux destinés à la préparation de vins médicamenteux), cidres et poirée, eaux-de-vie, liqueurs (sauf pour les produits destinés à l'exportation), limonades, café, thé ;

2° Produits pour lesquels il est *interdit :* bières, boissons de ménage, confitures, gelées, marmelades, fruits confits, compotes de fruits, pâtisseries, cacao et chocolat, lait condensé ;

3° Produits pour lesquels il est *interdit*, mais qui pourraient disparaître sans inconvénients : sirops, crèmes, glaces, sorbets, bonbons, pastilles.

Posologie. — En *thérapeutique*, les doses quotidiennes sont de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 sous forme de comprimés de 0 gr. 05 et associés ou à du bicabonate de sodium, ou, mieux, à du saccharose (L. Lapicque) ou à du glucose (A. Kling). (V. plus loin.)

Dans l'*alimentation courante*, elle peut rendre des services, à condition que :

Conformément au désir exprimé par M. H. Martel à l'Académie de Médecine (séance du 10 juin 1941, p. 612 du *Bulletin*), le public soit informé par la mention visible, sur les produits ainsi traités, de la mention suivante : « Produit sacchariné », avec indication de la proportion centésimale de saccharine ;

Selon les indications données par M. Kling et par ses collaborateurs, on se rappelle que, si l'on veut obtenir un produit possédant à la fois un pouvoir sucrant et une valeur énergétique égalant ceux du saccharose, il suffit d'incorporer 0 g. 100 de saccharine dans 100 gr. de glucose : un poids de 7 gr. de ce mélange, de pouvoir sucrant et de valeur alimentaire équivalente à ceux d'un morceau de saccharose de même poids, renferme 0 gr. 007 de saccharine. A supposer qu'un sujet consomme, par jour, 100 gr. de glucose sacchariné, il n'aura absorbé que 0 g. 10 de saccharine, dose qui n'a rien d'excessif. D'après les mêmes auteurs, une confiture obtenue à partir d'un glucose sacchariné à 0 g. 050 % est très agréable. Le procédé permettrait, de plus, de rendre disponibles des quantités importantes de saccharose. Mêmes réflexions pour les fruits confits, gelées, marmelades, sirops. Le glucose pourrait, sans difficulté, être obtenu lui-même à partir de la fécule extraite des marrons d'Inde, qui en contient 30 %.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES VETERINAIRES

Mercredi 10 *décembre* 1941. — 1° Jury : MM. Couvelaire, Lesbouyries, Vergé. — M. Bour. Infections puerpérales par l'α-para-aminophenyl-sulfamido-pyridine.

2° Jury : MM. Troisier, Henry, Drieux. — M. Forestier. Lésions pulmonaires causées par les métastrongylides chez les animaux domestiques.

3° Jury : MM. Tanon, Lesbouyries, Vergé. — M. Pnoemin. Lésions du pied dans la fièvre aphteuse.

4° Jury : MM. Tanon, Drieux, Vergé. — M. Hazzi. Congélation rapide dans la conservation de la viande et du poisson.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 16 décembre 1941

Rapport au nom des deux commissions du ravitaillement et du lait. — M. Lesné. — En raison de divers projets du service du ravitaillement, l'Académie a entendu un rapport de M. Lesné dont voici les conclusions. Le rapporteur demande :

1° Que le taux butyreux du lait ne soit pas abaissé au-dessous de 35 gr. par litre ;

2° Que la fabrication des laits concentrés et en poudre ne soit pas limitée mais, au contraire, favorisée et étendue ;

3° Que les laits concentrés soient toujours préparés avec du lait entier ;

4° Que la fabrication du lait entier sec, acidifié, ne soit pas supprimée en raison de la valeur exceptionnelle de cet aliment chez le nourrisson.

Ces conclusions sont adoptées.

Rapport au nom de la commission des produits de remplacement. — M. Tanon dépose les conclusions suivantes au sujet d'une demande du président du Secours National tendant à faire distribuer dans les écoles, aux élèves de 6 à 18 ans, des biscuits additionnés de phosphate tricalcique de chaux à raison de 0 gr. 25 et de vitamines D à raison de 10 à 200 unités internationales par biscuit de 10 gr., pour parer au déficit de calcium. Les bénéficiaires recevraient cinq fois par semaine deux biscuits de 6 à 10 ans ; quatre de 10 à 14 ans ; six de 14 à 16 ans ; huit de 16 à 18 ans.

La commission ne voit que des avantages à cette manière de faire et propose à l'Académie de donner un avis favorable pour les additions indiquées.

Les conclusions sont adoptées.

Le diencéphale et les mécanismes régulateurs de la vie organique. — MM. Roussy et Mosinger rappellent d'abord que la notion du complexe hypothalamo-hypophysaire, est venue clore le débat ouvert par Pierre Marie en 1886 entre partisans et adversaires des théories endocrinogène et neurogène des « syndromes dits hypophysaires ».

Ils montrent ensuite, à la lueur des travaux les plus récents, auxquels ils ont apporté leur contribution personnelle, qu'il faut aujourd'hui, élargir le problème et étendre davantage le domaine des centres qui, dans le cerveau, jouent le rôle de régulateurs de la vie organique, aux côtés de la vie de relation. Il faut faire place, en effet, à ces autres formations diencéphaliques, telles que : la pinéale et l'épithalamus, les dérivés de l'épendyme disposés autour du 3e ventricule (glandes neuricrines du cerveau) et les noyaux végétatifs placés dans la couche optique et le globus pallidus.

C'est à l'ensemble de ces formations nerveuses et glandulaires du diencéphale, intimement unies anatomiquement et physiologiquement qu'est dévolue l'importante fonction de présider aux mécanismes régulateurs de la vie organique.

A propos du rôle possible de l'ergot de seigle dans les troubles vasculaires périphériques dus au froid. — MM. F. Bordet, M. Brongniart et J. Volckringer. — Les recherches faites pour vérifier l'hypothèse qui a été soulevée de la participation d'un certain degré d'ergotisme larvé dans la pathogénie des troubles circulatoires des extrémités déclenchés par le froid ne permettent pas de conclure de façon ferme. Si dans les farines de seigle elles ont révélé des taux d'une valeur moyenne dépassant légèrement 0,15 %, chiffre égal ou supérieur selon les législations aux taux de tolérance admis, leur sensibilité qui n'excède pas 0,05 % n'a donné que des réactions négatives ou limites avec les farines de froment du commerce. Un doute subsiste donc sur leur teneur exacte, et comme nous ignorons à quel taux l'ergot est capable non pas de provoquer des accidents d'ergotisme franc mais d'entretenir une certaine susceptibilité vaso-motrice à l'égard du froid, il serait prématuré de refuser toute valeur aux présomptions inspirées par cetaines observations cliniques et particulièrement par celles relevées chez des mangeurs de pain de seigle.

Recherche de l'ergot de seigle dans les farines panifiables. — M. J. Volckringer. — Les rédactions propres à la scléréry-thrine ont permis d'appliquer plusieurs procédés de dosage colorimétrique, leur sensibilité se trouve comprise entre 0,05 et 0,10 % pour les farines utilisées actuellement ; la recherche des alcaloïdes de l'ergot par la réaction de Freudweiler s'est révélée moins sensible, bien que la chromatographie ait été associée à chacune de ces méthodes.

Les farines de blé ont fourni des réactions négatives traduisant une teneur possible au plus égale à 0,05 %, tandis que les échantillons de seigle ont donné des chiffres de 0,10 à 0,15 % voisins d'ailleurs des tolérances admises dans certains pays étrangers.

Election du bureau. — L'élection du vice-président est renvoyée à la séance prochaine. M. Brouardel est réélu secrétaire annuel. MM. Auvray et Perrot sont élus membres du Conseil.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séances plénières des 7 et 8 novembre 1941

PREMIER RAPPORT

CORTINES DE SYNTHESE

M. Sannié

L'auteur fait remarquer que parmi les progrès accomplis par la biochimie au cours des vingt dernières années dans le domaine des vitamines et des hormones, il n'en est guère de plus rapides et de plus saisissants que ceux qui ont permis d'élucider la structure des *Hormones Surrénales*. Il ajoute que si le rôle de ces glandes est connu depuis cent ans, le premier mémoire d'Addison datant de 1849, il n'y a que dix ans que l'on a isolé du cortex des extraits actifs et que c'est depuis 1936 que l'on a identifié les hormones cristallisées qu'il renferme. C'est d'après les travaux de Swingle et Pfiffner, en 1936, que l'on peut affirmer l'existence d'une ou de plusieurs « hormones corticales ».

L'auteur, dans son très important mémoire, étudie successivement :

1° Les symptômes de l'insuffisance surrénale et de la surrénalectomie totale : celle-ci amenant la *mort rapide* des animaux précédée, peu avant, par l'apparition des symptômes cardinaux de la surrénalectomie, à savoir : manifestations gastro-intestinales, troubles de la thermogénèse, diminution de la résistance aux infections et aux intoxications, troubles de la croissance, perturbations du métabolisme des glucides et des composés sucrés, les modifications sanguines portant sur l'équilibre minéral et azoté, et les altérations rénales ;

2° Les tests de l'activité physiologique du cortex (*test de la survie, test d'Everse-de-Fremery, test d'Ingle, test de la résorption du glucose*) ;

3° La préparation et le fractionnement de la cortine ; il apparaît que c'est en 1930 que Swingle et Pfiffner sont parvenus à préparer un extrait assurant la survie de l'animal d'une manière indéfinie ;

4° La synthèse des substances à activité hormonale ;

5° L'action physiologique des hormones cortico-surrénales : la première substance cristallisée est la *corticostérone*, puis la 11 dehydrocorticostérone, la 17 hydroxycorticostérone. L'auteur estime que nos connaissances sont encore trop incomplètes pour pouvoir établir, dès maintenant, une pharmacologie des hormones surrénales ;

6° Les relations entre les hormones du cortex et les hormones génitales.

En conclusion, l'auteur déclare :

Les applications thérapeutiques des hormones corticales cristallines sont limitées à la désoxycorticostérone qui, seule, est facile à obtenir par synthèse en grande quantité ; les autres doivent encore être extraites des glandes.

MM. Léon Binet et Daniel Bargeton soulignent l'intérêt qui s'attache à l'étude de **la fatigabilité musculaire dans l'insuffisance surrénale**, conformément à l'enseignement classique de J.-P. Langlas.

Les auteurs indiquent la technique qu'ils emploient pour mesurer la capacité de travail musculaire chez le rat normal, décapsulé, traité ou non par la *cortine*. Un animal avant décapsulation, fournit en quatre minutes un travail de 2.950 grammes × centimètres, cinq jours après l'ablation en un temps des deux surrénales, il n'en fournit plus que 1.100 ; soumis à un traitement par la cortine, sa capacité de travail remonte à 2.080, 3.360 et 5.540 grammes × centimètres, suivant les doses et leur répétition ; après arrêt du traitement, la capacité de travail retombe à 1.610 grammes × centimètres.

Les auteurs proposent ce test pour l'étude de divers agents pharmacologiques.

Epreuve de l'hypersthénie relative provoquée. — MM. M. Ferrier, M. Albeau-Fernet, G. Huret en utilisant deux épreuves ergographiques avant et après injection d'acétate de désoxycorticostérone, décèlent l'insuffisance surrénale à l'origine de diverses manifestations cliniques, en particulier, de certains états asthéniques ; ils montrent que cette épreuve est spécifique et le contrôlent par l'efficacité de la thérapeutique. Ils pensent que par cette méthode, les indications des cortines de synthèse, reposant sur une base précise, peuvent déborder largement le cadre de la maladie d'Addison.

Le traitement de la maladie d'Addison par la cortine de synthèse. — MM. de Gennes, Mahoudeau et Laudat rappellent qu'en 1935, Kendall put extraire l'hormone sous une forme cristallisée à laquelle il donna le nom de *cortine*. Deux ans plus tard, Steiger et Reichstein réalisèrent un composé synthétique qu'ils dénommèrent Desoxycorticostérone ; enfin, les premiers résultats cliniques de la maladie d'Addison par ce nouveau traitement furent réalisés par Dryerre et S. Levy ; la première observation

française fût publiée par les auteurs du mémoire actuel. Ils ont toujours employé l'acétate de désoxycorticostérone et le traitement n'a été entrepris qu'après des essais prolongés des thérapeutiques accessoires (régime hypersalé, injections de chlorure de sodium par voie sous-cutanée ou intraveineuse, injections de cystéine, de vitamine C, essais de divers extraits cortico-surrénaux). D'après eux, ces moyens leur ont toujours semblé *incapables de prévaloir contre les formes sérieuses de la maladie d'Addison*. Par contre, la cortine de synthèse leur a paru aussi fidèle dans ses résultats que l'*insuline* dans le traitement des grands diabètes. Ils ont employé l'acétate de désoxycorticostérone en solution huileuse par voie intramusculaire ; les essais par voie buccale n'ont pas donné de résultats probants.

Ils ont noté les modifications presque immédiates de troubles gastro-intestinaux, de l'asthénie, de l'hypotension addisonnienne, et surtout de la mélanodermie et une amélioration profonde de l'état général. Ils ajoutent que ce traitement très remarquable peut comporter des accidents et des dangers : à savoir les œdèmes et l'hypertension artérielle.

Ils concluent en affirmant que la cortine de synthèse a apporté au traitement de la maladie d'Addison une arme nouvelle d'une puissante efficacité, qui a pu transformer le pronostic immédiat de la maladie. Si le traitement n'apporte pas toujours la guérison, il amène la sédation de presque tous les signes.

Applications médicales des cortines de synthèse en dehors des insuffisances surrénales. — M. Brodin. — Pour l'auteur, la cortine doit être utilisée dans tous les cas où l'atteinte de la surrénale paraît jouer un rôle dans les troubles observés soit dans :

Les grandes infections et intoxications, l'érythrodermie exfoliatrice ; les suites opératoires, les états de choc, les troubles digestifs, chez le vieillard, en synergie glandulaire, pour renforcer l'action d'autres glandes endocrines.

L'auteur conclut en affirmant que si le traitement par la cortine synthétique n'a pas encore donné, en dehors de la maladie d'Addison, des résultats très importants, cela tient à ce que ces hormones sont des substances complexes à action complémentaire et dont une partie seulement a pu être obtenue par synthèse.

Traitement de la diphtérie par la désoxycorticostérone. — M. Marquézy. — L'interprétation de l'action de la désoxycorticostérone, dans les quelques cas que l'auteur présente, est difficile, car il est impossible, à cause de l'évolution même de la diphtérie maligne, d'affirmer qu'elle a réellement agi, d'autant plus qu'elle était associée à la strychnine et à l'ouabaïne.

De plus, l'atteinte neuro-végétative dans la diphtérie maligne déborde largement le cadre de la surrénale.

Action de la cortine de synthèse dans le syndrome de shock expérimental par l'histamine. — M. Binet. — Le shock expérimental par l'histamine présente un effondrement de la tension artérielle que l'on remonte par le sérum artificiel, mais quelque temps après survient un nouvel effondrement sur lequel agit la cortine.

La cortine dans le traitement des troubles digestifs fonctionnels. — MM. Chiray, Maschas et Mollard. — Trois observations de malades atteints de troubles digestifs chroniques, et améliorés, après l'échec des autres méthodes, par des injections d'hormone cortico-surrénale. Un quatrième malade à qui chaque administration de la même substance donna, au contraire, une recrudescence des accidents. Ces exemples tendent à démontrer qu'un déséquilibre hormono-cortico-surrénal dans un sens ou dans l'autre (hypo ou hypercorticostéronie) est éventuellement capable de jouer son rôle dans l'apparition ou dans l'entretien de syndrômes digestifs fonctionnels. La cortine paraît indiquée : 1° Chez les malades qui, atteints de ces syndrômes, ont des signes, même atténués, d'insuffisance surrénale chronique ; 2° lorsque les autres thérapeutiques hormonales ont été impuissantes à améliorer la scène clinique.

Recherches sur l'action thérapeutique de la cortine chez les tuberculeux pulmonaires. — MM. Chiray, Mollard et Maschas. — Recherches sur l'action des hormones hors du territoire classique de ces substances. Remarques faites sur dix-sept observations de tuberculeux pulmonaires, non addisoniens, traités par la cortine. Cette hormone paraît d'une application limitée chez les tuberculeux du poumon. Il faut éviter de lui demander une action pharmacodynamique en bloc, car bien des tuberculeux, sous leur asthénie apparente, sont des hypercorticostéroniques ou des corticostéroniques normaux. Hormone, elle ne peut exercer qu'une action hormonale : c'est-à-dire ou remédier à une insuffisance organique en substance cortico-surrénale, ou stimuler l'action d'hormones défaillantes à qui l'unissent des corrélations physiologiques. Elle est donc indiquée :

1° Chez le tuberculeux hypocorticostéronique qui, évolutif ou non, doit être cherché parmi les malades anciens et non parmi les malades récents ;

2° Chez le tuberculeux dont le terrain est gravement compromis par des troubles hormono-sexuels graves, que rien n'a pu conjurer.

Sur trois cas de mort par maladie d'Addison avec tuberculose extracapsulaire et sur quelques raisons de certains échecs ou insuccès partiels de traitement des addisonnies par la désoxycorticostérone. — MM. Guy Laroche et Bompard. — L'évolution de la maladie d'Addison a été heureusement bouleversée par l'emploi de la désoxycorticostérone. Cependant, des cas de mort ou des insuccès partiels se produiront encore dont il convient d'analyser les raisons. Les trois cas de mort observés concernent des addisoniens avec fièvre importante, atteints de localisations extracapsulaires tuberculeuses évolutives et suppurées pour deux d'entre eux, d'infection générale pour le troisième cas. Ces trois malades n'ont pas réagi à des cures prolongées d'hormone corticale. L'évolution fatale s'est poursuivie irrévocable et dans les deux cas où l'autopsie a pu être faite, on a constaté un envahissement total des deux surrénales par du tissu fibrocaséeux.

Ces trois cas ont évolué dans un cadre exceptionnel car la fréquence des localisations extra-capsulaires n'est que de 1 à 4,85 %.

L'insuccès de la thérapeutique s'explique par la coexistence des foyers tuberculeux extra-surrénaux. Analysant les causes de mort qui surviennent chez certains addisoniens traités, les auteurs pensent qu'elles sont dues pour une part à l'évolution des foyers tuberculeux surrénaux et pour une autre part, à la correction imparfaite de certains troubles humoraux (hypertension, œdèmes, hypoglycémie, hypopotassémie), que les Américains accusent d'être la cause de certaines morts subites. Le traitement par la désoxycorticostérone donne des résultats remarquables, mais on ne peut, en tous cas, supprimer les troubles qui relèvent de l'infection tuberculeuse dans la maladie d'Addison.

A propos du traitement de la maladie d'Addison par l'acétate de désoxycorticostérone. — MM. N. Fiessinger, M. Roux et J. Nick ont suivi sur une malade addisonienne depuis neuf ans et dont les surrénales calcifiées étaient virtuellement absentes au point de vue fonctionnel, l'influence comparée du traitement vitaminique par l'acide ascorbique, chlorurosodique, puis hormonal de synthèse.

Après avoir signalé que les modifications de l'équilibre ionique sous l'effet de ce dernier traitement n'ont pas confirmé certaines notions antérieures sur l'équilibre du chlore et du sodium, ils insistent surtout sur l'augmentation de poids et la dépigmentation généralisée de cette malade sous l'effet des injections de désoxycorticostérone. Au sujet de la dépigmentation, comme elle a été obtenue à l'aide de l'acide ascorbique chez certains malades, les auteurs se demandent si, dans cette occurrence, l'acide ascorbique n'agit pas en exaltant la sécrétion d'hormone corticale.

En terminant, ils signalent l'instabilité des résultats obtenus : un érysipèle de la face a suffi, en quelques heures et malgré des doses considérables de désoxycorticostérone, pour conduire cette malade à la stupeur agonique terminale.

DEUXIEME RAPPORT

LA GLYCOSURIE HYPOPHYSAIRE

Les troubles de la glycorégulation d'origine hypophysaire et leurs relations avec l'hypothalamus

MM. Sainton et Froment

On sait que le rôle de l'hypophyse dans la glycorégulation pose un problème à la fois clinique et physio-pathologique. Les auteurs, dans leur remarquable rapport, envisagent successivement les données de la clinique et les données de la physiologie expérimentale et humaine. De leur étude clinique, se dégage l'existence de troubles du métabolisme des glucides d'origine hypophyso-hypothalamique, et ce fait qu'on puisse même distinguer des troubles dépendant directement de l'hypophyse et des troubles relevant d'une lésion de la zone hypothalamique.

Leurs conclusions sont précises et démontrent que les constatations cliniques et expérimentales sont d'accord pour prouver :

A) Que l'antéhypophyse joue un rôle important dans la régulation du métabolisme glucidique, qu'il existe un diabète hypophysaire, mais que le rôle de l'hypophyse dans le diabète simple est encore à préciser.

B) Que l'hypothalamus joue un rôle considérable dans cette même régulation et que ses lésions provoquent un diabète que l'on peut appeler *neurogène*.

C) Que le complexe hypophyso-hypothalamique agit à l'état physiologique en association fonctionnelle, dans la régulation du métabolisme glucidique comme il agit dans les métabolismes en général.

Essai de radiothérapie de la région hypophysaire dans un cas de diabète sucré juvénile grave. — MM. Jacques Decourt et J. Guillemin ont traité par la radiothérapie hypophy-

saire une jeune fille de 16 ans, atteinte d'un diabète sucré grave. Avant le traitement, la glycosurie ne pouvait être supprimée qu'avec une dose quotidienne de 60 unités d'insuline, associée à un régime de restriction hydrocarbonée. Dès après la deuxième séance de rayons X, l'insuline dut être diminuée, et, après la neuvième séance, sa suppression complète ne fit pas reparaître la glycosurie. L'effet obtenu fut malheureusement transitoire, mais, dix-huit mois plus tard, et malgré l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, la sévérité du diabète paraissait encore atténuée : la malade se contentait de 20 unités d'insuline par jour et présentait un état général excellent.

Cette méthode mérite peut-être une extension plus grande, à l'heure surtout où la pénurie d'insuline risque de compromettre gravement le traitement des grands diabètes avec dénutrition.

Le rapport de M. Delherme sur cette question a été publié dans dans la *Gaz. Hôp.*, nos 95-96, p. 958.

(*A suivre.*)

INFORMATIONS

(suite de la page 1002)

Prix Legroux, 2.000 francs : Meilleur travail sur le diabète, ses causes et son traitement. (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.) — *Prix Leri*, 1.350 francs : Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations. (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.) — *Prix Levy-Franckel*, 1.200 francs : Délivré à un élève méritant de la clinique médicale Hôtel-Dieu (de préférence interne ou externe des hôpitaux). (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.) — *Prix Monthyon*, 2.300 fr. : Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1940. (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.) — *Prix Rigout*, 800 francs : Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou bactériologique. (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.) — *Prix Segond*, 5.500 francs : Délivré à des internes ayant fait leurs preuves ou qui préparent le concours d'adjuvat ou qui ont obtenu le titre « d'aide d'anatomie ». (Inscription jusqu'au 15 avril 1942). — *Prix Sicard*, 30.000 francs : Un ou deux prix dans le but de diffuser des recherches médicales, soit par travail de laboratoire (cours, publications), soit par voyages d'études (séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France ou à l'étranger). (Inscription jusqu'au 15 avril 1942.)

Les demandes doivent être établies sur papier timbré à 6 francs et accompagnées de deux exemplaires du travail ou de l'appareil à récompenser et ne seront acceptées que jusqu'au 15 avril 1942, dernier délai.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Auguste, agrégé libre, est nommé professeur d'anatomie pathologique et pathologie générale de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. Dechaume a été nommé, à compter du 1er décembre 1941, professeur de pathologie générale et thérapeutique.

M. Rhenter a été nommé, à compter du 1er décembre 1941, professeur de clinique obstétricale. (*J. O.*, 6 déc. 1941.)

Faculté de Médecine de Marseille. — M. Jacques Dor, agrégé institué, est nommé agrégé, à compter du 1er octobre 1941 (section de chirurgie).

M. Maurice Recordier, agrégé institué, est nommé agrégé, à compter du 1er octobre 1941 (section de médecine).

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Pierre Fabre, agrégé, est chargé, à titre provisoire, à dater du 1er octobre 1941 et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1941-1942, de l'enseignement de la chaire de clinique des maladies des voies urinaires.

M. Boularan, agrégé, est chargé provisoirement, à dater du 1er octobre 1941 et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1941-1942, de l'enseignement de la chaire de clinique chirurgicale et gynécologique.

Sont chargés des cours complémentaires suivants : M. Burollet, docteur ès sciences, matière médicale ; M. Virenque, agrégé, pathologie chirurgicale ; M. Dubost, agrégé, physique biologique et médicale.

Faculté Libre de Médecine de Lille. — Concours d'agrégation de médecine. — Un concours pour une place d'agrégé de médecine aura lieu à la Faculté Libre de Médecine de Lille, en octobre 1942. La date exacte et les délais d'inscription seront précisés ultérieurement. Le règlement du concours a été publié dans le *Journal des Sciences Médicales de Lille*, du 18 mars 1934, p. 244.

Avant toute inscription, il est indispensable d'obtenir l'agrément de Mgr le Recteur.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Institut Catholique, rue François-Baes, à Lille.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Concours pour le recrutement de médecins inspecteurs adjoints de la santé. — Par arrêté, en date du 3 décembre 1941, il a été ouvert un concours pour le recrutement de médecins inspecteurs adjoints de la santé.

Les épreuves commenceront le 10 février 1942. Elles auront lieu simultanément à Paris et dans des centres de la zone non occupée qui seront désignés ultérieurement.

Le nombre des places mises au concours est fixé à 28.

Concours pour le recrutement d'inspecteurs adjoints des services de l'assistance. — Par arrêté, en date du 3 décembre 1941, il a été ouvert un concours pour le recrutement d'inspecteurs adjoints des services de l'assistance.

Les épreuves commenceront le 17 février 1942. Elles auront lieu simultanément à Paris et dans des centres de la zone non occupée qui seront désignés ultérieurement.

Le nombre des places mises au concours est fixé à 7.

Inspection de la santé. — Par arrêtés du 2 décembre 1941, sont affectés :

Au département des Pyrénées-Orientales, M. le Dr Fonroget, inspecteur adjoint de la Drôme.

Au département de la Drôme, M. le Dr Beckerich, inspecteur adjoint des Pyrénées-Orientales.

Au département de l'Oise, M. le Dr Lambolez, inspecteur adjoint de l'Aisne.

Par arrêté, en date du 2 décembre 1941, l'arrêté du 17 septembre 1941 portant affectation dans l'Oise de Mlle le Dr Solente, inspecteur adjoint du Calvados, est rapporté.

Par arrêté du 3 décembre 1941, M. le Dr Kermabon, inspecteur adjoint du Morbihan, est affecté, à titre temporaire, au département de la Manche.

Hôpitaux psychiatriques. — Par arrêté du 1er décembre 1941, sont créés :

Un deuxième poste de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne).

Un troisième poste de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence.

Par arrêtés, en date du 2 décembre 1941, sont affectés :

A l'hôpital psychiatrique de Maréville, M. le Dr Edert, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire.

A l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence, Mme le Dr Gardien, médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Dun-sur-Auron.

A l'hôpital psychiatrique de Vauclaire, M. le Dr Regis, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence.

A l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence, en qualité de médecin chef de service, M. le Dr Gardien, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Chézal-Benoit.

A l'hôpital psychiatrique de Chézal-Benoît, M. le Dr Donnadieu, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Ber-Réchid (Maroc).

Les maisons de santé privées. — Un décret du 29 novembre 1941 institue un comité d'organisation des maisons de santé privées. Ce comité est composé de MM. les Drs Edmond Bussard, Rémi Courjon, Albert Desgranges, Lucien Fromenteau, Jean Haour, Paul Jacquet, André Rigal, François Tobe.

Les fonctions de président responsable du comité seront assumées par M. le Dr Bussard. (*J. O.*, 4 déc. 1941.)

Contre la fièvre jaune. — Un arrêté du ministre des Colonies, en date du 10 décembre 1941, rend obligatoire la vaccination antiamaryle par scarifications pour toute la population civile, européenne et indigène de l'A. O. F.

Nécrologie

Le Professeur Moure, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Bordeaux, correspondant national de l'Académie de Médecine, décédé à Cannes, à l'âge de 86 ans.

— Le Dr Jacques-Charles Bloch, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de Chirurgie, décédé subitement à Paris.

— Le Dr René Bonamy, ancien interne des hôpitaux de Paris (1895), chirurgien en chef de l'hôpital Gouin, à Paris.

— Le Dr Marchat, à Nyons.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 103-104. — 24 DECEMBRE 1941 114e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT (*Epreuve orale*).

JURY. — Médecins : MM. les Drs Vincent, Courcoux, Laubry, Ameuille, Peron.

Chirurgiens et spécialistes. — MM. les Drs Boppe, Leroux, oto-rhino-laryngologiste ; Ameline, Raoul Monod.

Accoucheur. — M. le Dr Ravina.

Hospices civils de Saint-Etienne. — La commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne annonce l'ouverture à l'Hôtel-Dieu ou à l'hôpital Edouard-Herriot de Lyon, des concours publics suivants :

1° Pour la nomination d'un *médecin des hospices*, le lundi 14 avril 1942, à 8 heures. Inscriptions jusqu'au vendredi 3 avril 1942, à 12 heures ;

2° Pour la nomination d'un *dermatologue des hospices*, le lundi 21 avril 1942, à 8 heures. Inscriptions jusqu'au vendredi 10 avril 1942, à 12 heures.

3° Pour la nomination d'un *chirurgien des hospices*, le lundi 5 mai 1942, à 8 heures. Inscriptions jusqu'au vendredi 24 avril 1942, à 12 heures ;

4° Pour la nomination d'un *accoucheur des hospices*, le lundi 12 mai 1942, à 8 heures. Inscriptions jusqu'au vendredi 1er mai 1942, à 12 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général des Hospices, 37 bis, rue Michelet, à Saint-Etienne (Loire).

Ecole de Médecine de Dijon. — M. Bizot, professeur suppléant est nommé professeur titulaire de pharmacie et matière médicale en remplacement de M. Bautaric, décédé.

Ecole de Médecine de Limoges. — M. Charruyer, professeur titulaire de chimie et toxicologie est nommé professeur titulaire de physique.

M. Gérald, professeur titulaire de pharmacie, est nommé professeur titulaire de chimie et toxicologie.

Ecole de Médecine de Reims. — M. Billard, professeur de pathologie externe est nommé professeur de clinique chirurgicale en remplacement de M. Henry Lardennois, retraité.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — AVIS DE CONCOURS. — *Un concours pour le recrutement de médecins inspecteurs adjoints de la Santé* aura lieu le 10 février 1942. Le nombre des places mises au concours est fixé à vingt-huit.

Les dossiers de candidature et les demandes de renseignements seront reçus jusqu'au 15 janvier 1942 au Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé, pour la zone non occupée : service du personnel, du budget et de la comptabilité, 1er bureau, Hôtel-Radio à Vichy. Pour la zone occupée : service du personnel, du budget et de la comptabilité, 1er bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Un concours pour le recrutement d'inspecteurs adjoints du service de l'assistance s'ouvrira le 17 février 1942. Le nombre des places est fixé à sept. Inscriptions et renseignements jusqu'au 25 janvier 1942 et aux mêmes adresses que ci-dessus.

(*J. O.*, 5 déc. 1941, p. 5267.)

M. le Dr Godlewsky a été nommé chargé de mission au cabinet du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, à dater du 1er novembre 1941. (*J. O.*, 14 décembre 1941.)

Lois et décrets. — Le *Journal Officiel* du 6 décembre 1941 publie une loi portant organisation de la profession dentaire. Et une loi relative à la création d'un Institut National d'Hygiène.

Consultations et cours

Cité Universitaire. — A partir du 1er janvier 1942, les consultations cardiologiques de la Cité Universitaire (service du Dr Soulié, pavillon Gréard) fonctionneront comme il suit de 9 heures midi : *Lundi :* Dr Pierre Laubry ; *mardi :* Dr Routier ; *Mercredi :* Dr Walser ; *jeudi :* Prof. Ch. Laubry (examen radiologique des malades le vendredi) ; *vendredi :* Dr Joly (cardiopathies infantiles); *samedi :* Dr Soulié.

En outre, auront lieu : *le mercredi*, une consultation spéciale pour le rhumatisme : Dr Hamelin ; le *samedi*, une consultation spéciale pour les maladies des veines : Dr P. Sicard.

Clinique chirurgicale Saint-Antoine. — Le cours d'endocrinologie gynécologique que M. Claude Béclère devait commencer le lundi 8 décembre est remis à la date probable du lundi 5 janvier, à 18 heures.

Les médecins qui ont l'intention de suivre ce cours sont priés de s'inscrire par lettre à l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de Médecine, Paris (6e), en indiquant leur nom et leur adresse pour qu'on puisse les prévenir de la date exacte du cours.

Laboratoire de bactériologie. — Cours complémentaire. — Le Professeur Gastinel et le Dr Henri Bonnet, agrégé, chef de travaux, commenceront, le lundi 5 janvier 1942, à 14 heures, un cours complémentaire de bactériologie. Le cours, qui aura lieu au laboratoire de bactériologie, continuera les mardis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, et cessera le 28 mars.

Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations. Les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques et immunologiques, appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Les droits pour cette série de travaux pratiques sont de 600 fr. Le nombre des places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au Laboratoire de bactériologie, tous les jours, de 15 à 17 heures, avant de retirer leur bulletin de versement. Ces bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie. — Cours de perfectionnement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène, sous la direction de M. L. Tanon, professeur d'hygiène, et de M. P. Joannon, agrégé. Sous-directeur ; M. Ph. Navarre ; chef des travaux : M. Marcel Clerc ; assistant : M. Matruchot.

Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés, comprend :

1° Une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° une série de conférences d'hygiène et d'épidémiologie ; 4° des séances d'instruction dans divers services hospitaliers et des visites d'installations d'hygiène.

Il commencera le lundi 5 janvier, à 14 heures, pour la bactériologie, et le lundi 2 mars, à 14 heures et demie, au laboratoire d'hygiène, pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il durera jusqu'à mi-juin et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme.

Seront dispensés des travaux pratiques préliminaires de bactériologie, les élèves qui produiront le certificat des cours spéciaux de bactériologie des Facultés et Ecoles de Médecine. Seront dispensés des travaux de bactériologie et de parasitologie les élèves qui produiront le certificat de l'Institut Pasteur de Paris, ou celui du Val-de-Grâce, ou le diplôme d'un institut de médecine coloniale de France.

Le cours n'est ouvert qu'aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine n'ayant plus que la thèse à soutenir. La présence aux cours, stages, visites, est strictement obligatoire. En cas d'assiduité insuffisante, l'autorisation de subir l'examen final ne pourra pas être accordée.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Ecole de sérologie de la Faculté de Médecine de Paris. — (Fondation de la Ligue Nationale Française contre le péril vénérien). — Enseignement donnant lieu à l'attribution du diplôme de sérologie de l'Université de Paris (décret du 2 juin 1927).

15e année, 16e session ; programme des stages, conférences et travaux pratiques, du lundi 20 avril au samedi 27 juin 1942, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e).

Syphilis. — *a*) Microbiologie et expérimentation ; *b*) Sérologie. Réactions de fixation du complément. Réactions de floculation ; *c*) Syphilis nerveuse. Examen du liquide céphalo-rachidien, blennorragie, chancre simple, herpès, balanoposthites, maladie de Nicolas-Favre.

Inscription. — Le nombre des élèves est limité. Les demandes d'inscription et de renseignements doivent être adressées, avant le 20 mars 1942, à M. le Dr Sicard de Plauzoles, directeur de l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e).

Nécrologie

Le Dr Maurice Deprecq, ancien interne des hôpitaux et chef de clinique à la Faculté de Bordeaux, décédé à Paris.

Ordre National des Médecins

Conseil Supérieur de l'Ordre

Communiqué officiel

Au cours de sa XIIe session le Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins, a décidé la création d'une « Commission de Protection des Médecins Prisonniers. » Cet organisme, qui comprend en majorité des prisonniers libérés est habilité, entre autres missions, à envisager les conditions d'application de la relève partielle des médecins prisonniers. Celle-ci ne concerne actuellement que les médecins les plus âgés et les plus chargés de famille.

Parmi de nomreuses autres questions, le Conseil Supérieur de l'Ordre a examiné les rapports de la médecine et des collectivités ainsi que plusieurs affaires disciplinaires.

Le Conseil Supérieur a, d'autre part, entendu le secrétaire général de la Santé au sujet de la loi du 18 novembre 1941 créant un institut national d'action sanitaire des Assurances sociales.

Enfin, le Conseil Supérieur a étudié les articles du règlement intérieur de la « Caisse autonome d'entr'aide et de prévoyance corporatives » pour le Corps Médical. Le texte de loi est actuellement à l'étude devant les ministères intéressés. En attendant la mise en application, le Conseil Supérieur a tenu à distribuer de nombreux secours.

A nos lecteurs

Conformément aux décisions que viennent de prendre nos groupements corporatifs, les prix d'abonnement et de vente au numéro sont modifiés ainsi qu'il suit, à partir du 1er janvier 1942.

Abonnements :

France : un an, 75 francs ; étudiants, 40 francs.
Etranger : 1re zone, 110 francs ; 2e zone, 125 francs.

Vente au numéro :

Prix de deux numéros groupés, 1 fr. 50.

Avis important

Nos abonnés de la zone non occupée sont priés d'écrire pour les renouvellements, changements de domicile, etc., à l'adresse suivante : Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône). Compte chèques postaux, Lyon 218 (service *Gazette des Hôpitaux*).

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de deux francs.



MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
VITAMINE B 1		
BÉNERVA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4ᵉ)	*Aneurine cristallisée (Vitamine B_1)* Amp. 1 cm³ (2 mg) : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ (10 mg) : 1 p. j. Comp. 1 mg. : 2 à 4 p. j.	B_1-Hypovitaminoses Surmenage, Algies, Polynévrites, etc.
DIABETE et ses complications		
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15ᵉ)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
Ulcères gastro-duodénaux		
LARISTINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4ᵉ)	*Solution à 4 p. 100 de monochlorhydrate Histidine* Amp. 5 cm³ : 1 p. j. intram. Amp. 1 cm³ : 1 p. j. intraderm.	Maladie ulcéreuse gastro-duodénale

VS-3-1941


ÉLIXIR GREZ
Toni Digestif
ÉLIXIR
GREZ
Chlorhydro-Peptique
TONI-DIGESTIF
DÉPÔT Gal
PARIS
Laboratoires
MONIN
49, Rue de Maubeuge
PARIS

RÉFECTION DE L'ARTICULATION RADIO-CARPIENNE PAR GREFFE PERONIÈRE

par George Pascalis

Au cours de la guerre 1914-1918 j'ai eu l'occasion, à deux reprises, de donner mes soins à des blessés chez qui l'épiphyse radiale inférieure avait été complètement détruite. Je me suis efforcé par un nettoyage minutieux et le port d'appareils appropriés, d'obtenir une cicatrisation en bonne attitude ; mais j'ai pensé que l'on pouvait faire mieux et tenter de rendre aux patients une main utilisable en plaçant un greffon constitué par l'extrémité supérieure du péroné recueillie sur un sujet amputé de cuisse le même jour. Il suffisait de savoir attendre le moment opportun.

Quelques souvenirs d'anatomie montreront que la tentative n'avait rien d'illogique. Comme l'extrémité inférieure du radius, l'épiphyse supérieure du péroné est une pyramide quadrangulaire munie de deux surfaces articulaires et qui s'effile latéralement en une apophyse styloïde. Un lambeau du tendon bicipital, qui s'attache sur celle-ci, est parfaitement apte à suppléer le ligament latéral externe de la radiocarpienne fixé à celle-là. De même les ligaments péronéo-latéraux antérieur et postérieur peuvent être utilisés pour remplacer leurs homologues radiocubitaux et servir à amarrer le ligament triangulaire.

Il est seulement indispensable d'avoir affaire à une région antibrachiale parfaitement assainie et dépourvue de cicatrices vicieuses. Question de soins précis, d'opérations plastiques locales préalables et de vaccinations pour tâter le terrain.

La technique opératoire est assez simple.

Le membre a été la veille rasé, aseptisé et moulé en une gouttière bivalve.

L'incision commence à six, huit centimètres au-dessus du style radial, à l'union des faces externe et postérieure de l'os, suivant le grand axe de la tabatière anatomique, à égale distance des tendons qui la limitent et vient se terminer au niveau de l'extrémité supérieure du premier métacarpien.

Elle intéresse la peau et l'aponévrose. On jette rapidement des catguts sur les vaisseaux pincés, chemin faisant, et à la partie inférieure de la plaie on repère l'artère radiale, profonde, qu'il importe de ménager.

A l'aide du bistouri et de la rugine on libère les tendons du tissu fibreux qui les enserre. Il importe qu'il ne soit oublié aucune esquille et que les tissus pathologiques partent en totalité. Le long extenseur, le long abducteur, le court extenseur du pouce sont confiés à un crochet, les radiaux disséqués jusqu'à leur insertion sur la base des métacarpiens. Ils se laissent porter en dehors.

Là est le long supinateur, désinséré ou porteur d'un fragment osseux, en avant enfin se trouve le carré pronateur plus ou moins altéré sur lequel passe le long fléchisseur du pouce. Avec beaucoup de patience et de bons aides sachant jouer des écarteurs, on mène assez facilement ce travail à bien.

La loge convenablement préparée, il faut rechercher les débris du ligament triangulaire et en conserver la quantité nécessaire à la mise en place de quelques points de suture. L'extrémité inférieure de la diaphyse radiale est alors découverte ; on procède à sa toilette, on la taille en biseau allongé sur trois à quatre centimètres et l'on ouvre le canal médullaire obturé. Le biseautage n'est pas toujours facile. L'os reposant sur une rugine, bien fixé par un davier, on y parvient, à défaut de la scie électrique, à l'aide d'une petite scie à main.

Il reste à présenter le greffon. Si l'amputation a été exécutée par une autre équipe celle-ci en a assuré le prélèvement.

A défaut de cette équipe seconde, le chirurgien, l'exérèse du membre inférieur terminée, recueillera l'extrémité supérieure du péroné et la placera dans du sérum à 38°. La pince gouge et mieux, ma lime rotative, permettront un ajustage précis. Pour la fixation une fois j'ai eu recours à un enchevillement central au moyen d'un fragment osseux consolidé par des crins de Florence ; une autrefois à une prothèse métallique qu'avait bien voulu me préparer M. Collin. Dans les deux cas les ligaments péronéo-tibiaux antérieur et postérieur ont été suturés aux reliquats du ligament triangulaire par quelques catguts. Le petit lambeau bicipital a été amarré aux parties fibreuses externes du carpe, afin de constituer un ligament latéral externe. Enfin le tendon du long supinateur a été suturé aux mêmes parties fibreuses mais laissé flottant pour éviter qu'une contraction intempestive, toujours possible, ne fasse tout sauter. L'hémostase minutieusement faite, les parties molles ont été suturées en deux plans : trois crins de décharge étant mis en place. Le membre pansé est placé dans la gouttière bivalve faite précédemment.

De mes deux opérés, l'un a suppuré et son greffon séquestré a dû être retiré : une opération plus tardive eut peut-être mieux réussi. Le résultat final n'est cependant pas mauvais grâce à un bon appareil.

Le second a été évacué deux mois après l'intervention en voie de guérison.

Encouragé par les résultats des premières greffes nerveuses tentées par moi chez l'homme sur les directives de M. Nageotte j'ai, sur un membre supérieur amputé, prélevé des greffons qui ont été conservés dans l'alcool. Lorsque j'ai voulu utiliser une diaphyse cubitale inférieure pour remplacer un fragment homologue volatilisé par balle, j'ai eu le plus grand mal à travailler l'os devenu pêtré et il n'a pas été sans souffrir de ces manipulations prolongées.

Cette chirurgie peut rendre service non seulement dans les traumatismes, mais aussi pour aider à réparer les dégâts après l'ablation de certaines lésions néoplasiques ou inflammatoires de l'épiphyse radiale inférieure. La difficulté est de trouver en temps de paix le greffon nécessaire. Elle n'est pas insurmontable.

Clinique et pathologie comparées, vénéréologie, cancérologie, dermatoses, médecine générale, phytopathologie, par L. Bory, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, avec une préface du professeur M. Fiessinger. — Un volume de 240 pages. Masson, éditeur, Paris.

Etudes neurologiques, par Georges Guillain, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de la Salpêtrière (8e série). — Un volume de 420 pages avec 72 figures. Masson, éditeur, Paris.

L'Infirmière hospitalière, guide théorique et pratique de l'Ecole Florence Nightingale, Bordeaux. — Deux volumes avec figures : Tome I. Organisation de la profession d'infirmière. Soins généraux aux malades. Médecine, 44 francs.

Tome II. Chirurgie. Obstétrique. Puériculture et médecine infantile. Oto-rhino-laryngologie. Ophtalmologie. Physiothérapie, 46 francs.

ACTUALITÉS

LE SYNDROME NEURO-ŒDÉMATEUX

par R. Levent

En 1941, Julien Marie, Seringe et Mande ont, avec Debré, donné les premiers la description d'un syndrome encore peu connu bien que Carrière et Auguste aient, dès 1925, décrit et considéré comme épidémiques des cas analogues. La contagiosité, sans doute faible, n'est pas exclue pour les faits récents que jusqu'à nouvel ordre on s'accorde à désigner sous le nom de syndrome neuro-œdémateux.

Le début varie : brusque épisode infectieux banal (température à 38°, vomissements, agitation, parfois exanthème atypique) que suivent bientôt les paralysies ; ou symptômes bucco-pharyngés (stomatite, gingivite ulcéreuse, aphtes), avec adénopathie et fièvre durant trois à quatre jours ; ou rhino-pharyngite à type saisonnier avec fièvre à 39°-39°5, toux, céphalée, otalgie, douleurs dans les membres violentes et apparaissant ou disparaissant subitement et capricieusement ; ou douleurs diffuses rhumatoïdes ou névralgiformes que suivent subitement des paralysies ; ou œdèmes tantôt débutant à la face, tantôt généralisés d'emblée avec oligurie et fièvre modérée.

La durée de ce début est, en général, de trois à quatre jours mais peut quelquefois aller jusqu'à dix ou quinze (Arondel).

La période d'état, fébrile durant toute sa durée, est caractérisée par l'association de troubles nerveux et d'œdèmes étendus.

Le début des troubles nerveux peut être progressif (gêne croissante de la marche); d'autres fois, il est soudain. Ce sont des paralysies flasques ou plus souvent d'une hypotonie musculaire généralisée et de troubles parétiques. Sont atteints : les membres inférieurs, la ceinture pelvienne, les muscles des gouttières vertébrales, le cou parfois. D'abord limitées, ces parésies diffusent rapidement mais respectent d'habitude les membres supérieurs et la face (sauf certains muscles de l'œil). Avant d'empêcher la marche, ces paralysies donnent au malade une démarche rappelant celle des polynévrites ou une attitude analogue à celle des myopathies.

Les réflexes sont normaux ou à peine diminués. Il existe parfois un léger nystagmus ; pas de signes pyramidaux ni de troubles sphinctériens ; parfois R. D. partielle. Les troubles sensitifs peuvent manquer ; plus souvent existent des myalgies ou des arthralgies diffuses, des douleurs spontanées ou éveillées par la pression sur les masses musculaires ou les troncs nerveux ; et aussi des douleurs provoquées par la mobilisation passive des membres. Une certaine somnolence diurne contracte avec l'agitation nocturne.

Le liquide céphalo-rachidien, en général normal, peut contenir un peu d'albumine et un léger excès de glucose. Les paralysies apparaissent ou bien de façon tardive, frappant le tronc, respectant les membres et évoluant bientôt en direction ascendante comme un syndrome de Landry ; ou bien de façon précoce, débutant aux muscles du mollet, diffusant rapidement en paraplégie ou en myopathie et finissant parfois par atteindre les centres supérieurs.

Les œdèmes évoluent concurremment mais sans lien avec les paralysies, dans l'espace ni dans le temps. Ils précèdent les paralysies ou les suivent ; leur extension dépasse, en général, celle des paralysies. D'abord localisés à la face ou à la région dorso-lombaire, ils diffusent bientôt à la face, au cou, au dos, au tronc, à l'abdomen, au scrotum, puis aux membres inférieurs. Mais siège et étendue en sont essentiellement variables ; ces œdèmes sont parfois énormes ; en général, ils sont blancs, mous, indolores, donnant le godet ; plus rarement, ils sont durs et tendus. Ils ne s'accompagnent d'aucun signe rénal, d'aucune anomalie urinaire, d'aucune azotémie, ni de symptôme vasculaire ou cardiaque. Sang normal sauf une légère lipémie, avec hypercholestérolémie et neutropénie avec lympho-monocytose légères.

Comme autres signes, très accessoires, on a signalé un gros foie, des douleurs abdominales, une légère submatité des bases ; exceptionnellement de l'hypertension.

L'évolution, fébrile, dure trois à quatre semaines. Les paralysies peuvent s'étendre aux centres supérieurs (paralysie vélopalatine). On voit des symptômes bulbaires de fâcheux augures : météorisme, tachycardie, troubles respiratoires ; la mort peut survenir soit par troubles bulbaires, soit par œdème laryngé. D'autres fois, le même laps de temps montre l'abaissement graduel de la température et la rétrocession des signes, puis la guérison. Dans les formes bénignes, elle est acquise en deux à trois semaines.

Quoique peu accentuée, la contagiosité de ce syndrome semble réelle ; Carrière et Auguste la signalaient en 1925 ; les auteurs plus récents en ont observé des séries dans un temps restreint (Debré, Arondel).

Le diagnostic doit être fait au début avec une grippe saisonnière ou un rhumatisme franc. Le problème se transforme à la période d'état.

Les troubles nerveux font penser à une poliomyélite avec œdèmes (type Mussio-Fournier) mais les œdèmes y sont localisés aux seuls territoires paralysés ; l'inoculation à un animal réceptif a toujours été négative dans le syndrome neuro-œdémateux.

Dans les polyradiculonévrites (type Guillain-Barré) le début est plus rapide, les réflexes tendineux touchés, l'évolution plus rapide. Le syndrome de Landry ne comporte pas d'autre part d'œdème.

La confusion est plus aisément évitée avec les encéphalites ou les formes courantes de poliomyélite.

La présence d'œdèmes pourra faire penser à des œdèmes rénaux ou cardiaques mais l'intégrité des appareils et de leur fonctionnement, la composition normale du sang et des urines lèvent les doutes.

Plus délicate, présentement surtout, est la distinction avec les œdèmes dus à une alimentation défectueuse. La coexistence des œdèmes et des troubles nerveux a pu faire croire à une forme particulière de béribéri, dans sa forme œdémateuse spécialement. Mais les troubles du béribéri sont d'allure plus caractérisée ; ils s'associent à des troubles digestifs, de la tachycardie, à du fléchissement cardiaque ; dans la forme sèche les troubles digestifs et sensitifs sont plus marqués que dans le syndrome neuro-œdémateux et les œdèmes manquent. Les ressemblances sont troublantes néanmoins et le succès apparent de la vitamine B_1 n'est pas pour éclaircir le problème.

Les œdèmes de dénutrition par insuffisance et déséquilibre alimentaire donnent des œdèmes cryptogénétiques très comparables. Mais, ici, les troubles nerveux sont très à l'arrière-plan et plus tardifs ; pendant longtemps, il y a surtout de l'asthénie et de l'hypotonie par amaigrissement cachectique sans apparence polynévritique, sans modifications électriques, ni anomalies du liquide céphalo-rachidien ; on trouve de l'hypotension, de la bradycardie, de l'hypoprotidémie. Repos au lit et alimentation mieux comprise, malgré des retours possibles d'œdème, confirmant ce que les commémoratifs rendaient probable.

La rareté des cas rend encore malaisée une interprétation étiologique et pathogénique. Toute lésion cardiaque ou rénale semble hors de cause. Y a-t-il carence ? Les circonstances présentes sont pour beaucoup dans l'incertitude. On tend plutôt à faire de ce syndrome une infection due à un des virus neurotropes mal connus mais dont l'existence ne saurait être mise en doute ; l'allure cyclique, l'évolution fébrile, le groupement des cas n'y contredisent pas.

Le traitement est actuellement empirique : vitamine B_1 et acide nicotinique ont été employés (même sans conviction de béribéri) avec des succès divers ; on a donné, par principe, de l'urotropine, du sulfarsénol, du sérum antipoliomyélitique.

En réalité, il ne semble pas qu'aucun de ces traitements ait eu jamais de résultat constant ; il n'y a que des tentatives contre une affection grave où la guérison paraît plutôt le fait d'une évolution spontanément heureuse que de l'activité du traitement.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mecredi 17 décembre 1941. — 1° jury : MM. Lemierre, Lœper, Fiessinger, Cathala. — M. Lavagne. Contribution à l'étude de la méthionine (acide amino méthylthiobutyrique) dans le sang humain normal et pathologique. — M. Sersiron. Contribution à l'étude des aménorrhées secondaires.

2° Jury : MM. Tanon, Robert Debré, Lenègre, Marchal. — M. Certhoux. Quelques considérations étiologiques sur la tuberculose pulmonaire. — M. Oudot. Tuberculose et coqueluche.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 17 décembre 1941. — 1° Jury : MM. Lemierre, Vergé, Lesbouyries. — M. Coussot. Charbon symptomatique dans les Deux-Sèvres.

2° Jury : MM. Binet, Maignon, Vergé. — M. Eimer. Théorie fermentaire de l'anaphylaxie (Recheches sur la non spécifité des seconds ferments).

Jeudi 18 décembre 1941. — 1° Jury : MM. Gougerot, Henry, Drieux. — M. Gosselin. Rapports sur la démodicie de l'hyperkératose folliculaire de la pigmentation et de certaines avitaminoses.

2° Jury : MM. Polonovski, Vuillaume, Maignon. — M. Crapelet. Pouvoir réducteur des urines animales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séances plénières des 7 et 8 novembre 1941

(Suite et fin)

TROISIEME RAPPORT

LES HEPATITES PROFESSIONNELLES

MM. Duvoir, Desoille et Gaultier

Les auteurs, dès le début de leur remarquable rapport, précisent le terrain sur lequel leurs communications vont évoluer. Ils déclarent : « Sous le nom d'hépatite professionnelle » on doit entendre, l'alcoolisme étant éliminé, toute lésion du foie étiologiquement imputable aux conditions du travail du sujet qui en est porteur. Fréquemment, le rein est également atteint : c'est alors une hépato-néphrite. Presque toujours, la cause de l'hépatite est un toxique industriel. Celui-ci peut avoir une action brutale : c'est alors un accident du travail ; ou l'action a été lente : c'est alors une maladie professionnelle qui peut être ou non indemnisée au titre de la loi qui étend aux maladies professionnelles la loi sur les accidents du travail. Les auteurs se décident de passer en revue, dans leur rapport, toutes les affections hépatiques qui peuvent survenir du fait du travail ; toutes celles qui se présentent comme un danger réel de ces professions.

Ils proposent la classification suivante :

1° Hépatites ictérigènes, infectieuses ou toxiques (spirochétose-ictéro-hémorragique) :

Brucellose, tétrachlorétane, trinitrotoluène, tétrachlorure de carbone, trichloronaphtalène, phosphose ;

2° Hépatites accompagnant les processus hémolytiques et méthémoglobinisants :

Hydrogène arsénié, toluylène diamine, dinitrobenzène, nitrochlorobenzène, para-phénylène-diamine ;

3° Discussion des cirrhoses :

Cirrhose saturnine ; cirrhose cuprique : (en présence d'une cirrhose chez un sujet maniant du cuivre, on manque encore de critère permettant d'affirmer l'origine professionnelle. Il ne s'agit que de possibilités) ;

4° Lésions hépatiques latentes lors des intoxications professionnelles : benzène, dinitrophénol, manganèse, sulfure de carbone, cadmium, zinc, magnésium.

Diagnostic des hépatites professionnelles. — Les auteurs du rapport déclarent que le praticien devra établir son diagnostic sur l'analyse des symptômes cliniques et surtout sur la notion de la profession de l'ouvrier. Le médecin légiste exigera, en outre, des examens de laboratoire et une analyse des produits manipulés habituellement ou accidentellement par la victime.

Etude expérimentale des hépatites toxiques par les dérivés chlorés des hydrocarbures. — MM. Noël Fiessinger et Jacques Lœper, après avoir établi une liste des dérivés chlorés des hydrocarbures de la série grasse et de la série aromatique, employés dans l'industrie moderne, insistent sur le fait, qu'en règle générale pour le méthane et le naphtalène, d'une façon moins précise pour l'éthane et l'éthylène, la toxicité des produits est subordonnée à la charge en allogène. Les plus toxiques de ces produits sont le tétrachlorométhane ou tétrachlorure de carbone, et le tétrachloréthane. Le tétrachloréthylène et les chloronaphtalènes se montrent moins toxiques.

Les auteurs, après avoir rapporté les travaux expérimentaux antérieurs exposent leur technique d'intoxication du rat blanc par inhalation dans un air circulant. Leurs recherches ont surtout porté sur le tétrachlorure de carbone. Dans ces intoxications courtes, dix séances d'inhalation en vingt jours, on observe des dégénérescences intenses des régions périportales. Elles s'étendent et s'accompagnent de réaction interstitielle dans les intoxications moyennes de 10 à 20 inhalations en 20 à 40 jours, tandis que dans les intoxications longues de 20 à 50 inhalations en 40 à 120 jours on observe l'apparition du tissu connectif avec des ébauches de cirrhoses. Ces lésions se retrouvent au cours des intoxications par le tétrachloréthane, mais avec une objectivité moins grande. On les obtient, par contre, très difficilement dans les intoxications expérimentales par le trichloréthylène ou les chloronaphtalènes, où, seulement, les penta et les hexachloronaphtalènes se montrent toxiques.

Ce qui signale ces lésions toxiques, c'est leur constance et leur intensité. Le foie se montre particulièrement fragile, et ne traduit le plus souvent son atteinte chez l'animal par aucun symptôme objectif ; l'ictère est rare et tardif, l'amaigrissement exceptionnel, les hémorragies absentes.

MM. N. Fiessinger et J. Lœper abordent en terminant les actions hépatopoïétiques de certaines substances. Sur ces animaux intoxiqués par les composés chlorés des carbures, on a expérimenté plusieurs substances qui exaltent les processus de réparation du parenchyme restant. C'est, qu'en effet, il existe toujours un parenchyme hépatique épargné qui tente de compenser la lésion dégénérative spontanément, mais cette réparation reste normalement timide et imparfaite. Ils insistent sur le rôle, d'une part, de l'hormone gonadotrope du lobe antérieur de l'hypophyse, et, d'autre part, des corps puriques et, en particulier, de la xanthine particulièrement étudiée en Amérique.

Après avoir rapporté leurs expériences personnelles, les auteurs montrent que, dans les conditions dans lesquelles ils ont opéré, ces substances n'ont pas une action protectrice lésionnelle, mais exaltent nettement le pouvoir kinétique des foyers compensateurs. L'action hépatopoïétique est donc évidente, mais les recherches expérimentales ne permettent pas encore d'en tirer des conclusions de thérapeutique humaine.

Le foie dans l'intoxication par l'hydrogène arsénié. — MM. Binet, Bour et Lacorne. — L'intoxication par l'hydrogène arsénié connue sous le nom de mal des aérostiers ou de mal des sous-mariniers, frappe surtout les égoutiers, les ouvriers chargés du décapage des métaux et les personnes qui vivent auprès des accumulateurs, dans des endroits mal ventilés ; elle est, enfin, la maladie des chimistes.

Cliniquement, après une période prodromique faite d'asthénie, de douleurs lombaires, de troubles gastro-intestinaux, l'intoxication se manifeste par l'hémoglobinurie qui aboutit à un syndrome anémie grave et à un syndrome hépatique caractérisé par un ictère généralisé, souvent passager, de nature hémolytique. Les auteurs attirent l'attention sur l'accumulation dans le foie d'*hémosiderine* en rapport avec la désintégration de l'hémoglobine. La rate, également, présente une grande richesse en hémosiderine.

Il convient de signaler les données thérapeutiques usitées : la transfusion sanguine, l'oxygénothérapie, les sérums artificiels.

Réactions hépatiques devant l'intoxication benzolique. (Existe-t-il une hépatite benzolique ?) — MM. Marcel Perrault et Cottet. — Les auteurs déclarent que pour peu nombreux qu'ils soient, des faits tangibles attestent la réalité de l'hépatite benzénique dont les signes seraient : l'ictère, l'hépatomégalie. Ces faits permettent de considérer que le rôle du foie est considérable au cours de l'intoxication benzolique ; par sa fonction soufrée, en particulier, par son intervention dans le métabolisme de certaines vitamines, il joue un rôle de premier ordre dans la défense antitoxique vis-à-vis de l'agression benzénique. Enfin, il demeure acquis que l'hépatite graisseuse, soit par infiltration, soit par dégénérescence, plus rarement l'hépatonécrose, à titre exceptionnel, l'hépatite scléreuse peuvent être déterminée par l'intoxication benzénique.

Le foie dans les anémies. — M. Chevallier. — Il convient d'envisager seulement les anémies primitives (maladie de Biermer), dont les lésions hépatiques ont été étudiées par Gilbert et Lereboullet. On observe alors dans le foie de ces malades une surcharge ferrugineuse et une dégénérescence centro-lobulaire. Les malades sont morts de cachexie avec complications infectieuses, ce qui rend difficile d'attribuer les lésions à l'anémie elle-même. L'auteur estime que s'il y a lésions du foie dans les anémies, ce sont simplement des lésions concomitantes.

A cela, M. Fiessinger répond qu'une intoxication qui entraîne une anémie lente peut amener une dégénérescence graisseuse du foie.

Variations de l'acide ascorbique hépatique au cours de l'intoxication benzolique subaiguë du cobaye. — M. Poumeau-Delille. — Au cours de l'intoxication subaiguë par le benzol, on peut observer une légère élévation du taux de l'acide ascorbique hépatique ; en même temps que l'acide ascorbique hypophysaire s'élève fortement, tandis que l'acide ascorbique surrénal s'abaisse modérément.

Ictère grave au cours d'une intoxication par le trichloréthylène. — MM. Carrié, Perrault et Bourdin. — Observation d'une femme de 30 ans, colleuse de chaussures, exposée aux vapeurs de trichloréthylène, ayant continué à travailler pendant le cours d'un ictère ; elle présente tous les signes d'un ictère grave. L'examen anatomo-pathologique montra les lésions d'un ictère catarrhal aggravé, type Bergstrand. Seule l'intoxication dont s'agit peut être invoquée. Ce paraît être la première observation de ce syndrome, encore que ce solvant volatil soit considéré comme inoffensif.

Dépistage de l'intoxication benzolique. — MM. Duvoir et Hausser. — Les Américains, en présence des difficultés suscitées par les examens hématologiques dans les usines, ont proposé la recherche des dérivés sulfo-conjugués dans l'urine. Le benzol inhalé est éliminé dans l'intoxication chronique sous forme de phénol et de diphénol, phénol qui se combine à l'acide sulfurique ou à l'acide glycéronique. Des auteurs ont observé un parallélisme entre les modifications du rapport du soufre conjugué au soufre minéral et les variations du taux du benzène de l'air expiré. Cette question est à l'étude.

Intoxication aiguë par le tétrachlorure de carbone. — MM. LEROY, CHEVRAL-BODIN et CORMIER. — Observation d'un sujet qui, pour une désinfection de locaux, utilisait des vaporisations de tétrachlorure de carbone. Dès le début, il eut des vomissements et une oligurie intense, puis avec une légère hépatomégalie sans ictère, s'établit une anurie. Les auteurs font une étude des troubles qui suivirent, à savoir acidose avec azotémie considérable, effondrement de la concentration chlorée ; amélioration des symptômes par médication alcaline et injections intraveineuses de sérum salé hypertonique.

Hyposulfite de soude et pilocarpine. — M. JAUSION insiste sur deux faits, à savoir : le rôle du soufre neutre, tant dans le cycle du glutathion que dans la régénération ou l'excitation du système réticulo-endothélial ; antitoxique de premier ordre, l'hyposulfite de soude a suscité, dans un cas paradoxal, une érythrodermie vésiculo-œdémateuse qui fut attribuée, par erreur, à l'emploi simultané des arsénobenzènes. Le médicament s'est affirmé dans trois cas d'ictère provoqués par des injections intraveineuses de sulfate de cuivre, dont l'auteur signale la possible hépato-toxicité.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1941

Troubles polynévritiques au cours de déséquilibres alimentaires. Trois cas de régression par une surcharge lactée. MM. G. LAROCHE, BOMPARD, J. TRÉMOLIÈRES. — Dans 38 % des cas, ces troubles sont discrets au point de vue clinique (abolition d'un réflexe tendineux, troubles électriques constants). Sur cinq cas, les auteurs ont obtenu une guérison complète et deux régression par surcharge journalière de 2 litres de lait. Aucune action par la vitamine B. Les arguments qui plaident en faveur du trouble métabolique sont : déséquilibre protidique dans le sang, élévation de N résiduel, suppression des troubles par surcharge lactée ; en même temps : quotidienne excrétion urinaire d'urée et des amino-acides diminués.

Discussion à laquelle prennent part MM. Boudinesco, Heuyer, Costes, Gounelle, Brodin.

Phosphatidémie et restrictions alimentaires. — MM. COSTE, GRIGAUT et HARDEL. — Les dosages faits depuis un an montrent une baisse habituelle du taux du phosphore lipidique, des phosphatides dans le plasma. Par contre, augmentation des phosphatides globulaires. Pour les auteurs, ce fait s'explique par la distinction des phosphatides en constitutifs et fonctionnels, et ils attribuent la baisse de ces derniers aux restrictions alimentaires actuelles. Pour eux, au surplus, l'aggravation de la tuberculose actuellement tiendrait au déficit des lécithines plutôt qu'autres insuffisances alimentaires.

Sur un cas d'intoxication aiguë par le tétrachlorure de carbone. — MM. D. LEROY, M.-L. CHEVREL-BODIN et M. CORMIER (de Rennes). — M. N. Fiessinger rapporte l'observation d'un sujet qui, pour désinfection de locaux, utilisait des vaporisations de tétrachlorure de carbone. Dès le début de son intoxication, il eut des vomissements et une oligurie intense, puis, rapidement, avec seulement une légère hépatomégalie sans ictère, s'établit une anurie. Les auteurs font une étude biologique des troubles qui suivirent : acidose avec azotémie considérable, effondrement de la concentration chlorée, tant globulaire et plasmatique qu'urinaire. L'amélioration de ce sujet ne fut obtenue que par une médication alcaline et des injections intraveineuses de sérum salé hypertonique.

Purpura méningococcique. Guérison par le traitement sulfamidé. — MM. MONDON, ANDRÉ, BLAIN. — Observation d'un matelot entré à l'hôpital avec un syndrome de purpura méningococcique pur et d'insuffisance surrénale. Mise en œuvre du traitement sulfamidé. L'hémoculture démontre l'existence du méningocoque A. Apparition rapide d'une arthrite du coude. Guérison par l'administration du Dagénan *per os* et du Soludagénan sans adjonction de sérum.

Accidents nerveux déclenchés successivement par une hémorragie abondante et un collapsus transfusionnel mortel. — MM. BOIDIN, BOUSSER et DELZANT. — Femme de 79 ans présentant une hémorragie intestinale abondante, chez qui l'examen démontra un syndrome neurologique caractérisé par une confusion mentale complète, de l'amaurose et un syndrome bilatéral fruste. Choc mortel après transfusion. A l'autopsie, constatation d'un athérome artériel généralisé. Le choc transfusionnel a été favorisé par la sclérose artérielle et l'affection hématologique voisine de la leucémie aiguë.

Myélose décalcifiante et ostéo-sclérosante. — MM. BOIDIN, BOUSSER et DELZANT. — Malade atteint d'une affection ostéo-médullaire inconnue ou non décrite, à l'autopsie de laquelle on peut découvrir des lésions osseuses considérables du type de l'ostéoporose diffuse. La ponction sternale avait décelé une hyperplasie myéloïde globale à prédominance myélo-blastique. A ce propos les auteurs distinguent :

1° Les *myélomatoses* et *myéloses décalcifiantes* ;

2° Les *myéloses ostéo-slérosantes* ou ostéo-scléroses post-leucémiques « de Moser » ;

3° La myélose décalcifiante et ostéo-sclérosante.

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1941

Etat sanitaire pendant la période de repliement. — M. ROUÈCHE. — Le repliement s'est souvent fait dans des conditions défectueuses, notamment en ce qui concerne les enfants. Le personnel enseignant qui les accompagnait y était mal préparé et les conditions de logements des départements d'accueil (15 environ) étaient insuffisantes. Les inspecteurs d'Académie et les services d'hygiène firent de leur mieux, secondés par les services de protection maternelle et infantile, créés par le Ministère de la Santé, sous le contrôle de MM. Couvelaire et Lesné. Des médecins requis furent envoyés dans les départements, mais ne purent souvent y rester à cause des conditions matérielles insuffisantes qui leur avaient été faites. On ne connaît pas exactement le nombre de réfugiés dans les départements d'accueil, mais on sait que la population parisienne diminua des deux tiers en 1939 et 1940. L'état sanitaire des enfants et des familles repliées ne fut pas mauvais ; l'hiver de 1939 ne fut meurtrier que pour les vieillards. Les jeunes enfants tirèrent profit du séjour au grand air. La plupart des départements du midi virent leur population tripler ou quadrupler. On estime à huit millions le nombre des rapatriés. Peu d'épidémies se déclarèrent. Le ravitaillement en lait a été suffisant et l'approvisionnement était normal à cette époque. Beaucoup d'adolescents subirent dans leur déplacement des fatigues exceptionnelles et virent diminuer leur résistance à la tuberculose.

Incidence des restrictions alimentaires sur la santé des enfants et des adolescents. — M. ROUÈCHE donne quelques indications tirées d'une enquête menée sur la demande du secrétaire d'Etat à la Santé par le Comité National de l'Enfance. La mortalité et la morbidité ne semblent pas augmenter chez les jeunes, mais la rougeole a marqué une recrudescence. La croissance en poids et en taille a été influencée, surtout chez les adolescents et on a remarqué des chutes de poids de 3 à 5 kg. Les filles résistent, en général, mieux que les garçons. La résistance à l'effort diminue et la réceptivité vis-à-vis des infections augmente. La tuberculose a fait l'objet de remarques inquiétantes par la concordance des formes graves, aiguës, en particulier chez les adolescents et l'augmentation du nombre des primo-infections.

LA DISCUSSION qui suivit montra la nécessité de lutter contre les déficiences dues aux restrictions alimentaires et sur le danger d'une recrudescence de l'alcoolisme, notamment dans les départements du Nord et dans l'Aisne.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU TIBIA

On groupe sous ce nom les fractures dont le trait est situé entre, en haut, l'interligne articulaire du genou ; en bas, une ligne passant par le bord supérieur du ligament interosseux.

Ce sont des fractures graves, car accompagnées de phénomènes articulaires. On en distingue deux grands types : les fractures articulaires ; les fractures extra-articulaires.

FRACTURES ARTICULAIRES

1° FRACTURES DES TUBÉROSITÉS.

Fractures de l'âge mûr, plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, on leur décrit deux types :

a) *Fractures unitubérositaires :* soit de la tubérosité externe, soit de la tubérosité interne. Elles relèvent rarement d'un traumatisme direct, le plus souvent *d'un traumatisme indirect :*

Soit par tassement, réalisant un écrasement trabéculaire avec dénivellation du plateau tibial, qui n'est parfois déprimé qu'en son centre (fracture « en écuelle ») ;

Soit par cisaillement ou arrachement, détachant une tubérosité suivant un trait plus ou moins oblique. Le fragment tubérositaire subit un triple déplacement : vers le bas, décalant le plateau tibial par rapport au plateau tibial sain ; une translation en arrière, vers le creux poplité ; une rotation autour de l'axe. Une fracture péronnière est souvent associée à une fracture de la tubérosité externe. Signalons la possibilité d'une fracture incomplète, à trait vertical, sans déplacement important.

b) *Fractures bitubérositaires :* c'est une fracture par écrasement. Partant d'une épine tibiale, un trait en T, en Y, ou en V détache les deux tubérosités qui s'écartent l'une de l'autre et se portent

en avant. Ce déplacement, modéré dans les formes en T, est souvent plus complexe et plus important dans les formes en Y ou en V. Parfois, il s'agit d'une fracture comminutive, échappant à tout type de description.

Dans tous ces cas existent *des lésions articulaires importantes :* dénivellation d'un plateau tibial, hémarthrose volumineuse, parfois lésions ligamentaires d'importance variable.

En clinique : ces fractures se traduisent par un énorme gonflement du genou avec une ecchymose poplitée étendue, une impotence fonctionnelle marquée, une attitude en valgum exagéré, des mouvements de latéralité avec crépitation osseuse ; bref, des signes de fracture articulaire.

L'existence d'une saillie du fragment, de points douloureux exquis et de crépitation au niveau d'une tubérosité fera dire fracture unitubérositaire ; un élargissement de l'épiphyse, des points douloureux au niveau des deux tubérosités évoqueront la fracture tubérositaire. En fait, en raison de l'importance du gonflement, il est bien difficile de faire cliniquement le bilan exact des lésions, en dehors de cas vus très précocement, ou, comme on le pratiquait autrefois, après ponction de l'hémarthrose.

Il est plus simple de faire une *radiographie* qui précisera le trait et le déplacement des fragments, si, toutefois, on a soin de pratiquer une bonne radiographie, c'est-à-dire : exactement centrée sur l'interligne, les clichés exactement pris de face et de profil, la jambe mise en extension complète.

L'*évolution*, quelque soit le traitement institué, est toujours longue, la guérison toujours retardée par des phénomènes d'*arthrite post-traumatique.* Si la fracture consolide sans qu'il y ait eu une réduction parfaite, à cette arthrite traumatique s'ajoute une arthrite statique : les douleurs, l'atrophie du quadriceps, les déviations osseuses, les mouvements de latéralité, les raideurs articulaires, l'ankylose même, contribueront à former un tableau déplorable fonctionnellement. Ces phénomènes articulaires assombrissent considérablement le pronostic de ces fractures qui, par ailleurs, ne se compliquent qu'exceptionnellement d'ouverture ou de lésions vasculaires.

2° FRACTURES DES ÉPINES TIBIALES.

Résultant de l'arrachement de l'insertion des ligaments croisés, plus rarement d'un mécanisme de décapitation par le bord tranchant d'un condyle fémoral, elle réalise deux types :

Une fracture totale détachant toute l'éminence intercondylienne qui reste appendue au ligament croisé antérieur ;

Une fracture partielle, surtout de l'épine interne.

Parfois isolée, elle s'associe souvent à des délabrements graves du genou : fracture articulaire, lésion des ligaments latéraux ou croisés, lésion méniscale.

Cliniquement, elle réalise un tableau d'entorse grave du genou, où la reproduction rapide de l'hémarthrose après ponction, des mouvements anormaux de rotation, une gêne à l'extension complète du genou, seraient évocateurs de la lésion. En fait, seule la radiographie, pratiquée en position de Béclère, permettra le diagnostic.

C'est elle encore qui précisera la fracture dans un syndrome tardif d'arthrite traumatique du genou, où un tiroir très développé, des mouvements de rotation et de latéralité, parfois des phénomènes de blocage auraient pu faire suspecter la lésion.

Son évolution est lente, se comptant par mois, la guérison retardée par des phénomènes d'arthrite traumatique.

FRACTURES EXTRA-ARTICULAIRES

1° FRACTURES JUXTA-ÉPIPHYSAIRES OU SOUS-CONDYLIENNES.

Elles relèvent en règle d'un *traumatisme direct important.* On décrit des fractures obliques, les plus fréquentes, à trait oblique en bas et en avant ; le fragment supérieur bascule en haut et en avant sous l'action du quadriceps, l'inférieur est attiré en haut et en arrière par le triceps ; des fractures transversales, souvent engrenées ; des fractures spiroïdes ; des fractures comminutives.

Une fracture péronnière est souvent associée.

Cliniquement, elles se traduisent par un gonflement très important, étendu au tiers inférieur de la jambe, avec une hydarthrose réactionnelle du genou, parfois une hémarthrose par lésion articulaire associée ; une ecchymose très étendue ; une déformation en baïonnette avec saillie en avant du fragment supérieur sous la peau, avec racourcissement, déviation en dehors et rotation externe. Une douleur particulièrement vive est provoquée au niveau du foyer fracturaire surtout en avant et en dedans ; il existe mobilité anormale et crépitation lorsqu'il n'y a pas engrènement. L'apparition de phlyctènes est assez fréquente.

Signalons la possibilité de fractures avec déplacement inverse ; avec obliquité latérale et déformation en baïonnette dans un plan frontal ; avec luxation en haut et en dehors de la tête du péroné ; sans déplacement. Dans tous ces cas, la radiographie précise les lésions. L'évolution est lente, retardée par des phénomènes d'arthrite associée. Les complications ne sont pas rares : ouverture, soit par l'agent contondant, soit par le fragment supérieur ; lésions vasculaires poplitées ou même tibiale antérieure

Tardivement, il n'est pas rare d'observer une pseudarthrose, et surtout des phénomènes d'arthrite traumatique ou d'arthrite statique en cas de consolidation vicieuse.

2° Le décollement épiphysaire.

Très rare, il est l'équivalent de la fracture sous-condylienne chez l'enfant et l'adolescent. Nécessitant un traumatisme violent, il présente souvent un déplacement analogue à celui de cette fracture. Il est extra-articulaire. Il est grave, car souvent compliqué d'ouverture, de compression vasculaire, et, tardivement de troubles de l'ostéogénèse, car il intéresse un cartilage fertile.

3° Fracture de la tubérosité antérieure.

La fracture vraie, par arrachement, ne s'observe que chez l'adulte. Elle est rare. Parfois, sans déplacement, elle peut être incomplète, avec bascule en avant du fragment tubérositaire ; ou complète, détachant alors souvent en plus de la tubérosité, une lamelle osseuse remontant jusqu'au plateau tibial : dans ce cas, elle est articulaire et il existe une ascension du fragment tubérositaire.

Cliniquement, elle se traduit par un gonflement localisé au-dessous de la rotule, avec ecchymose et point douloureux ; on peut, parfois, percevoir la pointe du fragment ; en cas d'ascension de celui-ci, on peut constater une ascension de la rotule. La radiographie précise la lésion. Son évolution est lente, vers la guérison par cal osseux, parfois par cal fibreux, qui peut être gênant en cas de cal long.

Chez l'enfant, dont la tubérosité antérieure ne s'ossifie que vers la douzième année et qui se soude au bout de quelques mois au noyau épiphysaire, le décollement épiphysaire vrai est exceptionnel. On observe plutôt des formes mixtes : fracture-décollement.

On a décrit des formes incomplètes, décelables radiologiquement, survenant chez un adolescent après un traumatisme souvent bien imprécis : elles entrent dans le cadre de la maladie de Schlatter, simple trouble ostéogénique.

DIAGNOSTIC

En dehors de ces fractures de la tubérosité antérieure qui peuvent prêter à discussion avec d'autres lésions de l'appaeil rotulien : fracture de la rotule, rupture du ligament rotulien, nous avons vu que les fractures de l'extrémité supérieure du tibia réalisent un tableau *d'hémarthrose traumatique grave.* Certains symptômes permettent de distinguer ces fractures d'une entorse grave du genou, d'une rupture des ligaments croisés, d'une fracture articulaire de l'extrémité inférieure du fémur. Parfois, ils permettent de préciser la variété de fracture tibiale en cause. Mais souvent le bilan des lésions est bien difficiles à faire cliniquement. Seule une radiographie correcte permettra de poser un diagnostic exact de la lésion osseuse.

TRAITEMENT

Il doit rechercher une réduction exacte, une immobilisation exacte et prolongée. Deux méthodes sont possibles : Le traitement orthopédique : réduction, aidée par une extension par broche, puis immobilisation plâtrée ou par extension continue. Le traitement sanglant : réduction sanglante et synthèse le plus souvent par matériel métallique. En cas de fracture des épines tibiales, beaucoup préfèrent enlever simplement le fragment. La fracture « en écuelle » nécessite le relèvement du plancher de la tubérosité et le bourrage de la cavité avec des greffons.

Le premier est le plus couramment employé, sauf dans les fractures irréductibles, unitubérositaires, fractures anciennes des épines tibiales, fractures de la tubérosité antérieure avec ascension du fragment, auquel on réserve le traitement chirurgical.

Dans l'ensemble, il s'agit d'un traitement délicat dont les résultats seront toujours retardés par des phénomènes d'arthrite post-traumatique contre qui on mettra en œuvre un traitement mécanothérapique.

René Tostivint.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N° 105. — 27 DECEMBRE 1941 | 114e ANNEE | Le N° 60 Centimes

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

France et Colonies.................Un an. **75 fr.**
Etudiants........ .... « **40 fr.**
Etranger. — 1re zone : **110 fr.** ; 2e zone : **125 fr.**
Chèques postaux : Paris 2538-76

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE

Adressez renouvellements et toutes communications aux
MESSAGERIES HACHETTE
12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône)
Chèques postaux : Lyon 218 (Service *Gazette des Hôpitaux*)

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

En raison de la fermeture obligatoire des imprimeries, le présent numéro, entièrement consacré à la table des matières et aux dernières informations parviendra à nos lecteurs avec un retard que nous les prions de bien vouloir excuser.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — MUTATIONS DES CHIRURGIENS EN 1942 : Saint-Antoine : M. le Dr Cadenat remplace M. le Prof. Grégoire. Bichat : M. le Dr Petit-Dutaillis remplace M. le Dr Rouhier ; M. le Dr de Gaudart d'Allaines remplace M. le Dr Capette ; M. le Dr Sénèque remplace M. le Dr Brocq.

Laënnec : M. le Dr Girode remplace M. le Dr Roux-Berger.
Tenon : M. le Dr Maurer (pulmonaire) remplace M. le Dr Métivet.
Bretonneau : M. le Dr Boppe remplace M. le Dr Leveuf.
Broussais : M. le Dr Quénu remplace M. le Dr Patel.
Saint-Louis : M. le Dr Raoul Monod remplace M. le Dr Soupault.
Ivry : M. le Dr Ameline remplace M. le Dr Bloch.
Les Ménages : M. le Dr Gatellier remplace M. le Dr Madier.
Villejuif : M. le Dr Redon.
Franco-Musulman : M. le Dr Longuet.
Saint-Anotine : M. le Dr Bergeret remplace M. le Dr Bréchot.
Necker : M. le Dr Huet remplace M. le Dr Bergeret.
Tenon : M. le Dr Moulonguet remplace M. le Dr Girode.
A. Chantin : M. le Dr Oberlin remplace M. le Dr de Gaudart d'Allaines.

CONSULTATIONS GÉNÉRALES. — Saint-Antoine : M. Bréchot (honoraire). — Necker : M. Rouhier (honoraire). — Tenon : M. Deniker (honoraire). — Bichat : M. Chevrier (honoraire). — Broussais : M. Merle d'Aubigné. — Saint-Louis : M. Picot (honoraire).

CHEFS ET ASSISTANTS DE SERVICE DE CHIRURGIE. — Hôtel-Dieu : M. le Prof. Mondor ; M. Sicard, M. Welti. — Saint-Antoine : M. Bergeret ; M. Hepp. — Necker : M. Jean Berger ; M. Mialaret. — Cochin : M. Fey ; M. Couvelaire. M. le Prof. Mathieu ; M. Padovani. — Tenon : M. Houdard ; M. Aurousseau. M. Maurer ; M. Sauvage. — Laënnec : M. Girode ; M. Meillère, M. Gérard-Marchant. — Bichat : M. de Gaudart d'Allaines ; M. Patel. — Broussais : M. Basset ; M. Raymond Bernard. — Boucicaut : M. Guimbellot ; M. Seillé. — Vaugirard : M. le Prof. Brocq ; M. Gueullette. — Ambroise-Paré : M. Sauvé ; M. Thalheimer. — Saint-Louis : M. Bazy ; M. Sylvain Blondin. M. Desplas ; M. Banzet. — Bicêtre : M. Toupet ; M. Alain Mouchet. — Salpêtrière : M. Gosset ; M. Funck-Brentano, M. Jean Gosset.

ACCOUCHEURS. — 1° : *a*) A l'hôpital Saint-Louis (remplacement de M. le Dr Devraigne atteint par la limite d'âge) ; M. le Docteur Ravina, de l'hôpital Tenon ; *b*) à l'hôpital Tenon (remplacement de M. le Dr Ravina), M. le Dr Lacomme, titularisé.

2° : *a*) A la clinique Tarnier (remplacement de M. le Prof. Jeannin admis à la retraite), M. le Dr Portes de l'hôpital Bichat nommé professeur de clinique obstétricale ; *b*) à l'hôpital Bichat (remplacement de M. le Prof. Portes), M. le Dr Desnoyers de l'hôpital Bretonneau ; *c*) à l'hôpital Bretonneau (remplacement de M. le Dr Desnoyers), M. le Dr Lantuejoul, titularisé.

M. le Dr Lacomme étant affecté temporairement à la Maternité, est remplacé provisoirement, à Tenon, par M. le Dr Digonnet, accoucheur des hôpitaux.

OPHTALMOLOGISTES. — 1° A l'hôpital Saint-Louis (remplacement de M. le Dr Coutela, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Pafonry, titularisé ;

2° A l'hôpital Saint-Antoine (en remplacement de M. le Docteur Lagrange, décédé), M. le Dr Favory, titularisé.

CONSULTATIONS D'OPHTALMOLOGIE. — Hôpital Cochin : M. Renard. — Hôpital Trousseau : M. Dollfus. — Hospice de Bicêtre :

M. Hudelo. — Ménages, Hérold, R.-Poincaré, à Garches : M. Voisin. — Hôpital Ambroise-Paré : M. Desvignes, admissible désigné pour remplacer temporairement M. Veil.

Stomatologistes. — 1° : a) A l'hospice de la Salpêtrière (remplacement de M. le Dr L'Hirondel atteint par la limite d'âge), M. le Dr Lacaisse de l'hospice de Bicêtre ; b) à l'hospice de Bicêtre (remplacement de M. le Dr Lacaisse), M. le Dr Houzeau, de l'hôpital Boucicaut ; c) à l'hôpital Boucicaut (remplacement de M. le Dr Houzeau), Mme le Dr Papillon-Leage, de l'hôpital Hérold ; d) à l'hôpital Hérold (remplacement de Mme le Dr Papillon-Leage), M. le Dr Omnes, titularisé.

2° a) A l'hôpital Trousseau (remplacement de M. le Dr Lemerle en disponibilité pour raison de santé), M. le Dr Lebourg, de l'hôpital Vaugirard ; b) à l'hôpital Vaugirard (remplacement de M. le Dr Lebourg), M. le Dr Henault, de l'hospice de Brévannes ; c) à l'hospice de Brévannes (remplacement de M. le Dr Henault), M. le Dr Marie, titularisé.

Organisation des consultations de stomatologie a compter du 1er janvier 1942. — *Consultations quotidiennes : chefs, adjoints et assistants.* — Cochin : M. Lattes ; M. Vrasse ; M. Mesnard. — Enfants-Assistés : M. Dechaume ; M. Cauhèpe ; M. Mercat. — Hôtel-Dieu : M. Raison ; M. Friez ; M. Geré. — Necker : M. Cornouec ; M. Lepoivre, f. f. ; M. Valtat ; Laënnec (provisoirement) : M. Darcissac; M. Maleplate, f. f.; M. Fromaigeat. — Saint-Antoine : M. Thibault ; M. Hennion, f. f. ; M. Fieux. — Saint-Louis : M. Richard ; M. Cernea ; Mme Cernea. — Tenon : M. Lacronique ; Mme Chaput ; M. Malingre. — Trousseau : M. Lebourg ; M. Gencel, f. f.

Centre de prothèse. — Salpêtrière : M. Lacaisse ; M. Bornet, f. f. ; M. Chuffart.

Consultations hebdomadaires ou bi et tri hebdomadaires. — Bicêtre : M. Houzeau. — Bichat : M. Fleury. — Boucicaut : Mme Papillon-Léage. — Bretonneau : M. Izard. — Brévannes : M. Marie ; Mlle Fruton. — Broussais : M. Croquefer. — Hérold : M. Omnes. — Vaugirard : M. Henault. — Garches (une fois par semaine : Mme Chaput. — Ambroise-Paré : M. Henault. — Forges-les-Bains : Mme Papillon-Léage.

Concours de l'Internat. — La première séance de l'oral du concours de l'Internat en médecine aura lieu le lundi 12 janvier 1942, à 16 heures 30, à l'amphithéâtre des cours du service d'urologie de l'hôpital Necker, 149, rue de Sèvres.

Hôpitaux de Bordeaux. — Après concours ont été nommés : 1° *Externes titulaires :* MM. Arné, Depaulis, Dax, Bourget, Neuzil, Chabbert, Rouyère, Casassus, Lasserre, Jourdain (Mlle), Guibert, Vincent, Phélippot, Soulignac, Benoît, Roesberg, Taudin, Giraudet, Marot, Rivière, Boucher, d'Ausbourg, Borchard (Mlle), Carles, Hudlet (Mlle), Soumireu, Guttierez, de Groc, Daure, Gabarra, Fau, Martin (Claude), Marchand, Goignoux, Deffieux, Bouineau, Saucet (Mlle), Doutre, Ducassou, Ballanger, Kresmann, Boulat, Belle, Duluc, Nicouleau, Blanchot, Corgnet, Favreau, Juin, Mainvielle, Geneste, Fialou, Pessonnier, Pégourié, Mousset, Chastaignet (Mlle), Lagoanelle, Charbonnel, Bonnal, Goublet, Guérin, Boulesteix, Marthe, Monier (Mlle), Berrin.
2° *Externes provisoires.* — MM. Groschâteau, Bonmort, James, Bosq, Houssin (Mlle), Nolia, Bonnifait, Vialard, Dabadie, Dubédat, Coussie (Mlle), Vitalis (Mlle), Baup, Noël, Faivre (Mlle), de Chorivit, Loubet, Rosières (Mlle), Balère, Beauchard, Biraben, Michel (Mlle), Julien, Bargues, Birbis, Fruchard, Bouyssou.

Faculté de Médecine de Paris. — Sont provisoirement chargés d'enseignement dans les chaires suivantes, MM. les professeurs agrégés : Desoille, médecine légale ; Bonnet, bactériologie ; Menegaux, pathologie chirurgicale ; Cadenat, clinique thérapeutique chirurgicale (Saint-Antoine) ; Sénèque, clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ; Fèvre, clinique chirurgicale infantile (Université) ; Lantuejoul, clinique obstétrique (Tarnier) ; Lelong, hygiène et clinique de la première enfance ; Soulié, clinique cardiologique ; Lacomme, chaire de clinique obstétricale (Saint-Antoine) ; chaire de clinique urologique.

Faculté de Médecine d'Alger. — Sont chargés d'enseignement : MM. Monnet, pharmacie; Roques, botanique ; Kehl, histoire et embryologie ; Liaras, anatomie ; Raynaud, physique, physiologie ; Laffargue, anatomie pathologique ; Grangaud, biologie et médecine.

Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine

Communiqué du 24 décembre 1941

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine rappelle que la liste des médecins susceptibles d'être appelés pour la relève des médecins prisonniers de guerre est en préparation.

Les médecins de moins de 40 ans, pères de famille, qui ne seront pas appelés à participer à cette relève sont priés de donner d'urgence leur nom et situation de famille au Conseil de l'Ordre de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, Paris.

Questions fiscales, patentes, demandes de dégrèvement

La loi du 22 octobre 1940, en son article 5, stipule que : « A partir du 1er janvier 1940 et jusqu'au 31 décembre de l'année de la cessation des hostilités, les patentables exploitant les mêmes établissements qu'en 1938 ou, à défaut, qu'en 1939, et dont le chiffre d'affaires ou le montant brut des recettes professionnelles aura diminué d'au moins un tiers par rapport à celui de l'année 1938, ou, à défaut, de l'année 1939, auront droit à une atténuation de patente et des taxes annexes en proportion de la diminution constatée. »

Les termes « patentables », « chiffres d'affaires » pouvant paraître s'appliquer seulement aux professions commerciales, cette disposition légale était passée inaperçue de nombre de médecins ; aussi, pour l'année 1940, les délais de réclamation étaient-ils passés lorsque la question put être envisagée. Cependant des démarches furent faites au Ministère des Finances pour demander que ces délais fussent prolongés. Mais le Ministère ne put donner satisfaction au Conseil de l'Ordre Départemental et au Ministère de la Santé Publique, le texte de loi étant formel sur ce point.

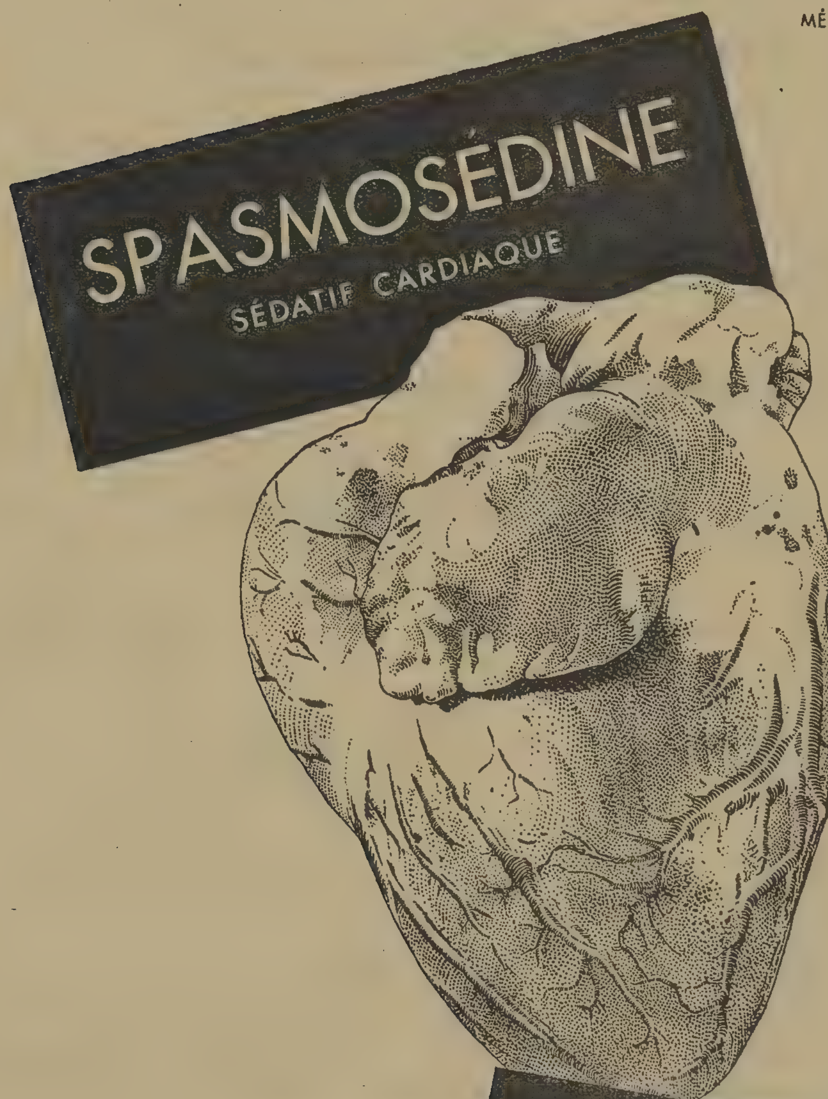
Cependant, si une mesure générale n'a pu être prise, on peut compter que les demandes individuelles seront accueillies et que, dans la mesure du possible, une atténuation gracieuse sera accordée.

Pour ce faire, il faut — pour la patente de l'année 1940 — la diminution d'un tiers des recettes brutes étant acquise, adresser au Directeur des Contributions Directes, une demande de dégrèvement indiquant la diminution constatée, accompagnée de la feuille d'imposition correspondante et d'une quittance du percepteur « établissant que le réclamant s'est acquitté de la fraction des droits excédant celle dont il sollicite le dégrèvement ».

Pour l'année 1941, le Conseil de l'Ordre Départemental donnera la marche à suivre en temps utile.

A. Herpin.




SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ATONIE INTESTINALE		
PROSTIGMINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Péristaltigène synthétique* Amp. 1 cm³ : 1 à 2 p. j. *Antimyasthénique* Comp. : 4 à 6 p. j. et plus	Atonie intestinale et vésicale post-opératoire Myasthénie grave
DIABETE et ses complications		
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
ETATS SPASMODIQUES		
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques
HYPERCHLORHYDRIE		
SEL DE HUNT Laboratoire Alph. BRUNOT 16, rue de Boulainvilliers, Paris (16e)	*Granulé friable,* *à base de carbonates absorbants,* *neutralisants et calmants* (Na, Ca, Mg)	Hyperchlorhydrie Fermentations acides Gastralgies
RECONSTITUANT		
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
SULFAMIDOTHERAPIE		
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide* (*Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude*)	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SYMPTOMES NERVEUX		
SÉDOBROL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	Na Br *dissimulé* *bouillon savoureux* *Tablettes* 1 à 4 p. j. et plus	Tous symptômes nerveux même chez les enfants

TABLE DES MATIÈRES

1941

A

Les chiffres suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.

B

C

D

N

O

P



Q

R

S

T

U

V

X

TABLE DES AUTEURS

1941

Les chiffres suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.

D

E

F

G

H

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

